

بسمه تعالی

سازمان تامین خدمات درمانی نیروهای مسلح

اداره کل اسناد پزشکی تهران

فرم مخصوص تعویل نسخ داروخانه و پاراکلینیک (ازمایشگاه ، رادیولوژی ، فیزیوتراپی)

نام موسسه: کد مرکز:

نام موسس: شماره حساب:

آدرس و تلفن موسسه:

تعداد نسخ: مربوط به ماه: سال:

مبلغ کل بریال: مبلغ سهم سازمان به ریال:

نوع نسخه	تعداد	جمع کل	سهم سازمان
نسخ کارکنان رسمی			
نسخ وظیفه			
جمع			

امضاء و

مهر موسس