



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

پسمه تعالی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان تهران

فرم تحویل نسخ داروخانه مربوطه به ماه سال

نام مرکز : کد مرکز : نام شهرستان : تلفن :
 شماره حساب : شعبه بانک : تعداد کل نسخ : تعداد اوراق قیمت :
 نام مسئولین ملی و نمونه اسضا شفقت صبح : شفقت عصر : شفقت شب :

ردیف	عنوان	نام فایل	تعداد	مبلغ کل	سهم بیمار	سهم سازمان
1	نسخ عادی	NOS1				
	نسخ تکثیراتی عادی *					
2	نسخ اماما	NOS2				
3	نسخ بیمار آن خاص	NOS3				
	نسخ تکثیراتی خاص *					
4	نسخ بیمار آن پیوند کلیه	NOS4				
	نسخ تکثیراتی پیوند کلیه *					
5	نسخ بیمار آن MS	NOS5				
	نسخ تکثیراتی MS *					
6	نسخ بیمار آن شیمی درمانی	NOS6				
	نسخ تکثیراتی شیمی درمانی *					
جمع						

جهت و امضاء و مهر داروخانه

فارس داروخانه :