

بسمه تعالی



جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
سازمان توزیع و خدمات
شرکت سهامی هلال احمر ایران
تلفن: ۰۲۱-۸۳۷۰۳۰۱۲ و ۰۲۱-۸۳۷۰۳۰۴۲ فکس: ۰۲۱-۸۸۸۰۶۲۳۲
پست: ۱۵۷۴۵-۳۹۹

شماره:

تاریخ:

پیوست:

مدیران محترم مراکز توزیع

یا سلام

احتراماً بمنظور ساماندهی اطلاعات مشتریان در راستای دسته بندی و اعتبار سنجی آنان و دستیابی به گزارشات صحیح در داخل شرکت و پذیرش فایل ها و گزارشات استخراجی از سیستم یکپارچه مینا از طرف سازمان ها و ارگان های کشوری می بایستی فایل و پرونده هریک از مشتریان طبق فرم جمع آوری اطلاعات مشتریان (فرم ضمیمه) تکمیل و جهت واحد کامپیوتر ستاد مرکزی ارسال گردد. بدهی است در بازه زمانی کوتاه امکان تغییرات اطلاعات مشتریان در مراکز وجود نداشته که اطلاعات مشتریان از طریق اتوماسیون به واحد کامپیوتر ارسال و پس از ثبت در واحد کامپیوتر به مراکز فروش ارسال خواهد شد و مراکز بصورت فقط رویی اطلاعات مشتریان را خواهند داشت. لذا خواهشمند است مدیران مراکز نسبت به جمع آوری اطلاعات توسط تیم فروش و توزیع دستور لازم را صادر و اطلاعات تا مورخ ۱۳۹۳/۰۳/۰۱ در دفتر واحد کامپیوتر دریافت گردیده و درسیتم ثبت گردد.

هوشنگ افشار

سرپرست واحد کامپیوتر

Email: manager@sohahelal.ir

Soha Helal Distribution Co.
No. 286, Talaghani Ave., Tehran - Iran
Postal code: 1598777118, p.o.Box: 15745-399
Tel: +98 21 83703017-18, 83702001-2, 83703043
Fax: +98 21 88806232, www.nipo-helal.ir

مرکزی: تهران - خیابان طالقانی - نبش خیابان سیهبد قرنی
۰۲۱-۸۸۸۰۶۲۳۲ فکس: ۰۲۱-۸۳۷۰۳۰۴۲ و ۰۲۱-۸۳۷۰۳۰۱۲
پستی: ۱۵۹۸۷۷۷۱۱۸
پستی: ۱۵۷۴۵-۳۹۹

فرم جمع آوری اطلاعات منتدیان، نویسندگان، اساتید

کد اقتصادی:	شهر:	نام مرکز:	کد مرکز:	نام داروخانه:	کد داروخانه:
شماره حساب:	کد ویزیتور:	شهرستان:	مسیر فروش:	استان:	محل استقرار:
نام:	تلفن:	کد پستی:	کد پستی:	نیمه وقت <input type="checkbox"/>	مدرس:
شماره پایه داروخانه:	روزانه <input type="checkbox"/>	روزانه <input type="checkbox"/>	روزانه <input type="checkbox"/>	حقیقی <input type="checkbox"/>	وضعیت داروخانه:
شماره پایه داروخانه:	روزانه <input type="checkbox"/>	روزانه <input type="checkbox"/>	روزانه <input type="checkbox"/>	حقوقی <input type="checkbox"/>	نوع مشتری:
شماره پایه داروخانه:	روزانه <input type="checkbox"/>	روزانه <input type="checkbox"/>	روزانه <input type="checkbox"/>	حقوقی <input type="checkbox"/>	مرکز علوم پزشکی:
مدیریت داروخانه با شخصی است که حضور مستمر در داروخانه دارد و مسئولیت چک بابت تسویه فاکتور را بر عهده ایشان است					
سایر:					
شماره پایه داروخانه:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تلفن همراه:	تلفن همراه:	با مؤسس:
شماره پایه داروخانه:	شماره نظام پزشکی:	تاریخ صدور:	تاریخ صدور:	شماره پروانه:	نام مؤسس:
شماره پایه داروخانه:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	تاریخ صدور:	شماره پروانه:	شماره نامه دانشگاه:
شماره پایه داروخانه:	کد پستی:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	نام مسئول قتی صحیح:
شماره پایه داروخانه:	شماره حساب:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	شماره نامه دانشگاه:
شماره پایه داروخانه:	شماره حساب:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	نام مسئول قتی بعد از ظهر:
شماره پایه داروخانه:	شماره حساب:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	شماره نامه دانشگاه:
شماره پایه داروخانه:	شماره حساب:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	نام صاحب حساب:
شماره پایه داروخانه:	شماره حساب:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	نام صاحب حساب:
شماره پایه داروخانه:	شماره حساب:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ صدور:	نام صاحب حساب:
نمونه امضا و مهر مجاز روی چک:					
نمونه امضا و مهر مسئولین قتی:					
نام داروخانه قبلی:					
آیا در محل فعلی قبلا داروخانه بوده است؟					