

کد مدرک: FOME ۰۰۴/۰۰۰

فرم شماره ۴
فرم اعلام شکایت (اداره تجهیزات و ملزومات پزشکی)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
معاونت غذا و دارو

مشخصات شاکی (در صورت تمایل تکمیل شود):

نام: نام خانوادگی: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:
شماره تماس: آدرس:

مشخصات فروشنده / وسیله پزشکی:

نام وسیله: تعداد وسیله: مارک: مدل:
تاریخ تولید: تاریخ انقضاء: فاکتور خرید وسیله (موجود است / موجود نیست):
تاریخ خرید وسیله (فاکتور):
نمونه وسیله (موجود است / موجود نیست):
نام فروشگاه / شرکت: آدرس: شماره تماس:
Lot Number:
Batch Number:
سری ساخت:

نوع ارائه شکایت:

حضوری تلفنی سامانه ایمیل

موضوع شکایت:

گرانفروشی عرضه و توزیع غیرقانونی تبلیغات خلاف واقع قاچاق
عدم کیفیت عدم رعایت قیمت مصوب عدم صدور فاکتور سایر ذکر گردد:

شرح شکایت:

.....
.....
.....
.....

تاریخ و امضاء شاکی:

مستندات تحویلی:

تاریخ و امضاء کارشناس: