

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان
معاونت غذا و دارو دانشگاه

تاریخ :

شماره :

پیوست :

فرم شکایت

مشخصات شاکی :

نوع شکایت : فنی گرانفروشی کم فروشی کیفیت دارو نحوه ارائه خدمات دارویی سایر موارد

طرح موضوع

تایید شاکی

مستندات و مدارک پیوست می باشد : بلی خیر امضاء و مشخصات فرد گیرنده شکایت

مرجع رسیدگی کننده :

معاونت غذا و دارو دانشگاه سازمان نظام پزشکی انجمن داروسازان استان سایر موارد

نظریه کارشناسی :

نظریه نهایی :