**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان**

تاریخ:

شماره:

پیوست:

**معاونت غذا و دارو دانشگاه**

**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