

## مدیریت درمان تامین اجتماعی استان فارس

فرم تحویل نسخ داروخانه

**گروه داروخانه :**  
تلفن

فرم تحویل نسخ داروخانه مربوط به ماه ..... سال  
نام داروخانه ..... شهرستان

کدداروخانه

ردیف	عنوان	نام فایل	تعداد	مبلغ سهم سازمان
1	نسخ عادی و ماما	NOS1		
2	نسخ پزشك خانواده عمومي	NOS17		
3	نسخ وب عادی			
4	نسخ وب پزشك خانواده			
5	نسخ وب خاص			
6	نسخ وب MS			
7	نسخ وب پیوند			
8	نسخ وب شیمی درمانی			
9	جمع کل			

آدرس :

مهر و امضای موسس داروخانه  
جهت مشخص نمودن گروه داروخانه در ساعات اداری با شماره ۰۲۷ ۰۹۲۲۹۲۹۱ آقای قنبری تماس حاصل نمایید