

## پست جواب قبول



طی قرارداد ۱۴۱۵۴/۲۱ هزینه پست پرداخت گردیده است

طرف قرار داد : معاونت غذا و دارو

تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵

تلفن: ۶۶۴۰۴۲۲۳ نمایر: ۶۶۴۱۷۲۵۲ , ۸۸۸۹۰۸۵۷

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید)

مشخصات گزارشگر:  پزشک  داروساز  پرستار  متخصص  سایر مشاغل.....

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان ..... شهرستان..... روستا ..... خیابان..... کوچه..... پلاک.....

تاریخ..... امضاء یا مهر گزارشگر: