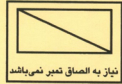


پست جواب قبول



طی قراردادی با منطقه ۱۷ پستی پرداخت گردیده است

طرف قرارداد: سازمان غذا و دارو

تهران - صندوق پستی: ۴۶۶-۱۷۷۷۵

تلفن: ۶۱۹۲۷۱۴۴ - ۶۶۱۷۶۹۳۴

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

مشخصات گزارشگر: پزشک

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان شهرستان

تاریخ امضاء یا مهر گزارشگر:

داروساز پرستار متخصص سایر مشاغل

نام مرکز درمانی:

..... خیابان کوچه پلاک