

فرم رسیدگی به شکایات معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
زنجان

<p><b>مشخصات شاکی</b></p> <p>۱- نام و نام خانوادگی : ۲- آدرس : ۳- شماره تلفن تماس :</p>
<p><b>مشخصات متشاکی</b></p> <p>۱- نام و نام خانوادگی : ۲- نام مؤسسه : ۳- آدرس :</p>
<p><b>موضوع شکایت :</b></p> <p>نام و نام خانوادگی امضاء و تاریخ</p>
<p><b>توضیحات متشاکی :</b></p> <p>مهر و امضاء مؤسس/مسئول فنی</p>
<p><b>بررسی و گزارش کارشناسی :</b></p> <p>مهر و امضاء</p>
<p>اقدامات انجام شده :</p>