

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

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