

<p>فرم ثبت و اعلام شکایات</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان معاونت غذا و دارو</p>	
	<p>مشخصات محصول:</p>	
<p>شماره پروانه</p>	<p>نوع محصول:</p>	<p>نام تجاری محصول: ساخت:</p>
<p>نام تولید کننده:</p>	<p>سری ساخت:</p>	<p>انقضا: تاریخ تولید:  شرح مختصر علت شکایت:  عوارض ناشی از مصرف محصول:  تاریخ ثبت شکایت:   <input type="checkbox"/> نمونه دارد      <input type="checkbox"/> نمونه ندارد </p>
<p>تلفن همراه: امضاء:</p>	<p>نام و نام خانوادگی شاکی: آدرس: تلفن ثابت:</p>	
<p>شماره ثبت دبیرخانه:  تاریخ ثبت:</p>	<p>نام و نام خانوادگی گیرنده شکایت  امضاء</p>	