

کد مدرک: PEI/F-064 تاریخ صدور: بانگري: تاريخ بازنگري: صفحه ۱ از ۱	فرم ثبت و اعلام شکایات	وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اداره کل نظارت بر مواد غذایی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی
---	------------------------	---

<b>* مشخصات محصول :</b>		
شماره پروانه ساخت :	نوع محصول:	نام تجاری محصول :
سری ساخت:	تاريخ انقضاء:	تاريخ توليد:
تلفن :	نام و نشانی تولید کننده :	

<b>* شرح مختصر علت شکایت :</b>	
..... .....	
عوارض ناشی از مصرف محصول :	
تاريخ ثبت شکایت :	
مورد شکایت نمونه    دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	

معاونت بهداشتی دانشگاه <input type="checkbox"/>  شبکه بهداشت و درمان آران و بیدگل <input type="checkbox"/>	نام و نام خانوادگی شاکی :  آدرس کامل :  تلفن ثابت :  تلفن همراه :  آدرس محل خرید :  امضاء
--	---

شماره ثبت دبیرخانه :  تاريخ ثبت :	نام و نام خانوادگی گیرنده شکایت :  امضاء :
---	--