

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
---	------------------------	---

* مشخصات محصول :		
نام تجاری محصول :	نوع محصول:	شماره پروانه ساخت :
تاریخ تولید:	تاریخ انقضاء :	سری ساخت:
نام و نشانی تولید کننده :	تلفن :	

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

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

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