


تاریخ :	 معاونت غذا و دارو	عنوان فرم :
شماره ثبت :		شماره فرم :
فرم ثبت و اعلام شکایات		
نوع محصول : کد بهداشتی: سري نام		مشخصات محصول : نام تجاری محصول : شماره پروانه ساخت : تاریخ تولید و انقضاء : ساخت: تولید کننده :
شرح مختصر علت شکایات :		
مورد شکایت نموده <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		
نام و نام خانوادگی کیرنده شکایت : نام و نام خانوادگی رئیس اداره نظارت: امضاء امضاء		
چنانچه محل تولید محصول مورد شکایت مربوط به سایر استانها باشد مورد شکایت از طریق مدیریت محترم غذا و دارو و با تکمیل بخش ذیل به استان مذکور (دانشکده علوم پزشکی مربوطه) جهت پیگیری منعکس می شود.		
دانشگاه علم و پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی معاونت مدیریت محترم غذا و دارو با سلام و احترام احتراماً نظر به اینکه محصول مذکور تحت حوزه نظارتی آن مدیریت محترم فرآوری/بسته بندی/ توزیع می گردد، خواهشمند است در خصوص پیگیری شکایات واصله عنایت فرموده و نتیجه را به این مدیریت منعکس فرمایید. معاونت/مدیریت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی		
تذکر مهم : چنانچه مصرف کننده به دلیل مصرف محصول مذکور و تأیید مقامات درمانی دچار عارضه یا بیماری شده باشد رونوشتی همراه با مستندات مربوطه به این اداره کل ارسال گردد.		