**معاون محترم غذا و دارو/شبکه بهداشت و درمان شهرستان ...................**

**با سلام و احترام**

نظر به اینکه این شرکت / کارخانه/ کارگاه ........................................................دارای شناسه ملی …………………… و دارنده حساب به شماره .................................... و شباء ................................................................ در بانک ...................................... شعبه ............................. نسبت به واریزمبلغ / مبالغ ذکر شده در جدول زیر به صورت اضافی و یا اشتباه اقدام نموده است خواهشمند است دستور فرمایید با توجه به مدارک پیوست نسبت به برگشت آنها اقدام لازم بعمل آید:

1- تصویر پرداخت الکترونیک (واریزی اشتباه یا اضافه و صحیح ) از طریق سامانه TTAC که کد رهگیری ، تاریخ پرداخت در آنها به وضوح مشخص باشد

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات پروانه ساخت** | | | **مبلغ به ریال** | **مشخصات واریزی صحیح** | | **مشخصات واریزی اشتباه یا اضافه** | | **موضوع**  **(صدور/تمدید/ تمدید و اصلاح / اصلاح با ذکر نام فرآورده** | **ردیف** |
| **تاریخ دبیرخانه** | **شماره دبیرخانه** | **شماره پروانه** | **تاریخ** | **کد رهگیری** | **تاریخ** | **کد رهگیری** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **7** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **9** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **10** |

2-تصویر پروانه های ساخت صادره

**نام و نام خانوادگی متقاضی و امضا (برای صاحبان شرکت مهر و امضا مدیرعامل)**