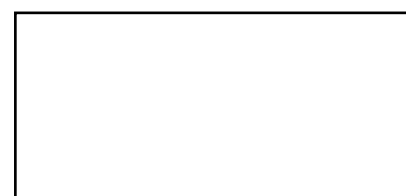


<p>۱- مشخصات شاکی : (اختیاری / کلیه اطلاعات مربوط به شاکی به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد) نام و نام خانوادگی : آدرس : شماره تماس :</p>
<p>۲- مشخصات متشاکی : نام و نام خانوادگی : آدرس : شماره تماس :</p>
<p>نظر کارشناس ثبت کننده (این قسمت توسط کارشناس اداره نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی تکمیل شود) ۳- نحوه شکایات : کتبی/اسامانه <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> تلفنی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> تاریخ ثبت : ۴- دلیل شکایت : گرانفروشی <input type="checkbox"/> کالای قاچاق <input type="checkbox"/> کالای تقلبی <input type="checkbox"/> کم فروشی <input type="checkbox"/> فروش اجباری <input type="checkbox"/> آموزش و خدمات پس از فروش <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ۵- نوع فعالیت متشاکی : واحد صنفی <input type="checkbox"/> شرکت توزیعی <input type="checkbox"/> تولید کننده <input type="checkbox"/> مرکز درمانی <input type="checkbox"/> موسسات پزشکی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ۶- مدارک : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> شرح مدارک :</p>
<p>نام و نام خانوادگی کارشناس ثبت کننده شکایت : تاریخ : امضا</p>
<p>۷- شرح شکایت :</p>

تاریخ و امضا شاکی



۸- شرح شکایت (ادامه از صفحه قبل)

تاریخ و امضا شاکی

۸- نام و نام خانوادگی کارشناس رسیدگی به شکایت :

۹- شرح اقدامات انجام شده :

۱۰- نتیجه پیگیری شکایت :

۱۱- اعلام نتیجه به شاکی :

اعلام شد اعلام نشد

دلیل عدم اعلام نتیجه :

شماره مکاتبه اعلام نتیجه :

تاریخ :

