****

 اول :

شیر خشک هر روز عدد

 دوم :

 **سریال حواله :**

 **\* شماره سریال در شبکه بهداشت درج میگردد .**

**\*نوع شیر اول و دوم تکمیل شود ولی روز و تعداد در شبکه بهداشت درج میگردد . معاونت غذا و دارو \* حواله صرفا بصورت پشت و رو مورد پذیرش میباشد\***

**اداره فرآورده های طبیعی ، سنتی و مکمل**

**فرم حواله ، تحویل شیر خشک رگولار شهرستان .....................**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی سرپرست :**  | **کد ملی / کد یکتا سرپرست :** |
| **آدرس و شماره همراه :**  | **نام ونام خانوادگی نوزاد :** |
| **کد ملی / کد یکتا نوزاد :** | **تاریخ تولد :**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام شیر خشک** | **نام دارو خانه** | **تاریخ تحویل** | **تعداد** | **مهر داروخانه** |
| 1 |  |  |  | عدد |  |
| 2 |  |  |  | عدد |  |
| 3 |  |  |  | عدد |  |
| 4 |  |  |  | عدد |  |
| 5 |  |  |  | عدد |  |
| 6 |  |  |  | عدد |  |
| 7 |  |  |  | عدد |  |
| 8 |  |  |  | عدد |  |
| 9 |  |  |  | عدد |  |
| 10 |  |  |  | عدد |  |
| 11 |  |  |  | عدد |  |
| 12 |  |  |  | عدد |  |
| 13 |  |  |  | عدد |  |
| 14 |  |  |  | عدد |  |
| 15 |  |  |  | عدد |  |
| 16 |  |  |  | عدد |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **کارشناس مسئول غذا و دارو :**  | **مهر و امضا :** |
|  **تلفن شکایات : سامانه 190****جتسجوی شیر خشک : mobile.ttac.ir** | **\*\*\*هنگام خرید شیر خشک اصل شناسنامه را به همراه داشته باشید.\*\*\*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام شیر خشک** | **نام دارو خانه** | **تاریخ تحویل** | **تعداد** | **مهر داروخانه** |
| 17 |  |  |  | عدد |  |
| 18 |  |  |  | عدد |  |
| 19 |  |  |  | عدد |  |
| 20 |  |  |  | عدد |  |
| 21 |  |  |  | عدد |  |
| 22 |  |  |  | عدد |  |
| 23 |  |  |  | عدد |  |
| 24 |  |  |  | عدد |  |
| 25 |  |  |  | عدد |  |
| 26 |  |  |  | عدد |  |
| 27 |  |  |  | عدد |  |
| 28 |  |  |  | عدد |  |
| 29 |  |  |  | عدد |  |
| 30 |  |  |  | عدد |  |
| 31 |  |  |  | عدد |  |
| 32 |  |  |  | عدد |  |
| 33 |  |  |  | عدد |  |
| 34 |  |  |  | عدد |  |
| 35 |  |  |  | عدد |  |
| 36 |  |  |  | عدد |  |
| 37 |  |  |  | عدد |  |
| 38 |  |  |  | عدد |  |
| 39 |  |  |  | عدد |  |
| 40 |  |  |  | عدد |  |

**\*صدور حواله المثنی تحت شرایط خاص می باشد ، لذا در حفظ و نگهداری آن کوشا باشید .**

 **\* حواله حاظر بدون مهر و امضا کارشناس مسئول شبکه بهداشت و درمان شهرستان فاقد اعتبار است .**

**\*این حواله به منظور جلوگیری از قاچاق و خروج شیر خشک از شبکه صادر گردیده و مسئولیت هر گونه سواستفاده به عهده سرپرست نوزاد می باشد.**

**\*\*\*ارائه این حواله برای تحویل حواله بعدی الزامی می باشد و صرفا پشت و رو قابل پذیرش میباشد \*\*\***