

فرم ثبت شکایت

قسمت اول		
۱- دریافت کننده شکایت: اداره کل ☐ معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی..... ☐ معاونت بهداشتی و خدمات بهداشتی درمانی..... ☐ شبکه بهداشت و درمان شهرستان ☐		
معاونت دریافت کننده شکایت ناظر بر تولید/ واردات است ☐ ناظر بر تولید/ واردات نیست ☐ * شکایت طبق فرم شماره ۰۰۳ جهت رسیدگی به دانشگاه ناظر بر تولید از سال گردیده و پاسخ طبق قسمت دوم فرم شماره ۰۰۳ توسط معاونت ناظر بر واحد تولیدی تکمیل و ارسال خواهد شد.		
نحوه شکایت: (کلیه اطلاعات مربوط به شاکی به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد.) ☐ کتبی/ سامانه (شماره نامه ثبت شده تاریخ ثبت) ☐ تلفنی (تاریخ تماس) ☐ سایر (تاریخ تماس)		
۲- مشخصات شاکی و محصول مورد شکایت		
نام فرآورده : نوع بسته بندی: نمونه : دارد ☐ ندارد ☐ وزن یا حجم بسته بندی : تصاویر واضح نمونه از کلیه جهات ☐		
نام تجاری فرآورده :	نام کارخانه تولید کننده : (داخلی / خارجی)	شماره پروانه ساخت/شماره نظارت کارگاهی/پروانه بهداشتی ورود:
(فارسی و انگلیسی)		برچسب اصالت: دارد ☐ معتبر ☐ جعلی ☐ ندارد ☐
نام شرکت وارد کننده:	نام سفارش دهنده و یا کارخانه تولید کننده محصول تولید قراردادی:	
	کشور تولید کننده:	
تاریخ تولید:	تاریخ انقضاء :	سری ساخت:
محل خریداری فرآورده:	فاکتور خرید: دارد ☐ ندارد ☐	
شرح شکایت:		
تبصره : هر گونه مدارک بالینی و پزشکی دال بر تایید شکایت آسیب جدی پیوست گردد.		
نام و نام خانوادگی شاکی (حقیقی/ حقوقی) (خانم / آقای)		
شغل شاکی:		
نشانی و شماره تلفن شاکی:		
نظر کارشناس ثبت کننده براساس فوریت: آنی ☐ فوری ☐ عادی ☐ ● تشخیص قید فوریت مطابق با نظر کارشناس ثبت کننده شکایت می باشد. ● کارشناس ثبت کننده شکایت باید پس از بررسی اولیه، حداکثر ظرف مدت یک ساعت پس از ثبت، شکایت را به کارشناس تخصصی ارجاع دهد.		

فرم ثبت شکایت

● شکایات ارجاع شده با قید فوریت آنی باید ظرف مدت یک روز کاری اقدام گردد.	
نام و نام خانوادگی کارشناس ثبت کننده شکایت:	تاریخ: امضاء :
قسمت دوم	
ثبت اطلاعات :	
انجام گرفت ☐	انجام نگرفت ☐
دلیل عدم ثبت:	
امضاء مسئول رسیدگی به شکایات : تاریخ :	
اعلام نتیجه به شاکی :	
اعلام شد ☐	اعلام نشد ☐
شماره نامه اعلام نتیجه: تاریخ نامه :	
دلیل عدم اعلام نتیجه :	
نام مسئول رسیدگی به شکایات :	تاریخ : امضاء :