



فرم شماره ۴  
فرم اعلام شکایت (اداره تجهیزات و ملزومات پزشکی)

کد مدرک: FOME.۰۰۴/۰۰۰

مشخصات شاکی (در صورت تمایل تکمیل شود):

نام: نام خانوادگی: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:  
شماره تماس: آدرس:

مشخصات فروشنده/وسیله پزشکی:

نام وسیله: تعداد وسیله: مارک: مدل:  
تاریخ تولید: تاریخ انقضاء: فاکتور خرید وسیله (موجود است/موجود نیست):  
تاریخ خرید وسیله (فاکتور):  
نمونه وسیله (موجود است/موجود نیست):  
نام فروشگاه/شرکت: آدرس: شماره تماس:  
Lot Number: .....  
Batch Number: .....  
سری ساخت:

نوع ارائه شکایت:

حضور  تلفنی  سامانه  ایمیل

موضوع شکایت:

گرانفروشی  عرضه و توزیع غیرقانونی  تبلیغات خلاف واقع  قاچاق   
عدم کیفیت  عدم رعایت قیمت مصوب  عدم صدور فاکتور  سایر  ذکر گردد: .....

شرح شکایت:

.....  
.....  
.....

تاریخ و امضاء شاکی:

مستندات تحویلی:

تاریخ و امضاء کارشناس: