



سازمان تامین اجتماعی

بسمه تعالی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

### فرم صورتحساب داروخانه

لطفا پس از تکمیل فرم صورتحساب، آنرا به پیوست نسخ ارسال فرمائید.

	سال	نام داروخانه
	ماه	کد داروخانه
		نام مسئول (مسئولین) فنی
		آدرس و تلفن

نوع نسخه	نام فایل	تعداد نسخه	مبلغ کل	سهم بیمار	سهم سازمان
نسخ عادی	NOS1				
نسخ وب عادی	---				
نسخ وب مامایی	---				
نسخ وب بیماران خاص	---				
نسخ وب پیوند کلیه	---				
نسخ وب ام-اس	---				
نسخ وب شیمی درمانی	---				
جمع کل نسخ تاییدی و غیر تاییدی					

\* اینجانب ضمن تکمیل دقیق اطلاعات این فرم اعلام می دارم، تمامی نسخ توسط مسئول فنی همان نوبت کاری مهر و امضاء گردیده و از سمت راست پانچ شده و شماره گذاری نسخ نیز براساس فایل ارسالی و درمحل مناسب می باشد و همچنین گزارش نسخ تاییدی بصورت جداگانه از سایت سازمان دریافت و ضمیمه گردیده است. لذا مسئولیت هرگونه کسور ناشی از اشکال در موارد مذکور برعهده اینجانب می باشد.

مهر و امضاء موسس داروخانه