



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

بسمه تعالی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان اصفهان

### فرم صورتحساب داروخانه

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

نام داروخانه	سال	
کد داروخانه	ماه	
نام مسئول (مسئولین) فنی	شماره حساب	
تعداد نسخ	بانک و شعبه	
آدرس و تلفن		

نوع نسخ	نام فایل	تعداد نسخ	مبلغ کل	میانگین	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