



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.

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