

فرم ثبت شکایت

قسمت اول			
۱- دریافت کننده شکایت : اداره کل <input type="checkbox"/> معاونت های غذا و دارو <input checked="" type="checkbox"/> معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/>			
شبکه بهداشت و درمان شهرستان <input type="checkbox"/>			
معاونت دریافت کننده شکایت ناظر بر تولید/ واردات است <input checked="" type="checkbox"/> ناظر بر تولید/ واردات نیست <input type="checkbox"/>			
* شکایت طبق فرم شماره T-Fw1-003-1 جهت رسیدگی به دانشگاه ناظر بر تولید ارسال گردیده و پاسخ طبق قسمت دوم فرم شماره T-Fw1-003-1 توسط معاونت ناظر بر واحد تولیدی تکمیل و ارسال خواهد شد.			
نحوه شکایت : (کلیه اطلاعات مربوط به شاکی به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد .)			
<input type="checkbox"/> کتبی / سامانه (شماره نامه ثبت شده ۱۴۰۲/۰۵/۳۰ - ۱۴۳/۱۴۰۲/۶۲۵۹)			
<input type="checkbox"/> حضوری (تاریخ مراجعه)			
<input type="checkbox"/> تلفنی (تاریخ تماس)			
<input type="checkbox"/> سایر (تاریخ تماس)			
۲- مشخصات شاکی و محصول مورد شکایت			
نام فرآورده : آب معدنی		نوع بسته بندی:	
وزن یا حجم بسته بندی:		نمونه : دارد <input checked="" type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
نام تجاری فرآورده :		نام شرکت تولید کننده:	
شماره پروانه ساخت/ شماره نظارت کارگاهی :		شماره پروانه بهداشتی ورود :	
نام شرکت وارد کننده :		کارخانه تولید کننده :	
کشور تولید کننده :		ایران	
تاریخ تولید :		تاریخ انقضاء :	
سری ساخت :		فاکتور خرید : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
محل خریداری فرآورده :		فاکتور خرید : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
شرح شکایت :			
عدم انطباق آزمون های میکروبی (سودوموناس آئروژینوزا مثبت و کلی فرم مثبت)			
نام و نام خانوادگی شاکی (حقیقی / حقوقی) (خانم / آقای): معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی			
شغل شاکی:			
نشانی و شماره تلفن شاکی :			
نظر کارشناس ثبت کننده بر اساس فوریت: <input checked="" type="checkbox"/> آنی <input type="checkbox"/> فوری <input type="checkbox"/> عادی			
<ul style="list-style-type: none"> 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. شکایات ارجاع شده با قید فوریت آنی باید ظرف مدت یک روز کاری اقدام گردد. 			
نام و نام خانوادگی کارشناس ثبت کننده شکایت:		تاریخ: ۱۴۰۲/۰۶/۱۱	
امضا:			
قسمت دوم			
ثبت اطلاعات :			
انجام گرفت <input checked="" type="checkbox"/>		انجام نگرفت <input type="checkbox"/>	
دلیل عدم ثبت :		تاریخ :	
امضاء مسئول رسیدگی به شکایات :			
اعلام نتیجه به شاکی :			
اعلام شد <input checked="" type="checkbox"/>		اعلام نشد <input type="checkbox"/>	
دلیل عدم اعلام نتیجه :		شماره نامه اعلام نتیجه :	
تاریخ نامه :		تاریخ :	
نام مسئول رسیدگی به شکایات :		امضاء:	