

تاریخ

۱۴۰۴ / ۰۴ / ۰۴ - ۱۳:۰۱:۲۰

شماره داخلی ۱۹۷۷۷۳/۱۴۰۴

شماره ثبت صادره ۱۰۸۹۷ / ۰۳ / ۰۹ / ۱۴۰۴ ب/پ

تاریخ ثبت صادره ۱۴۰۴ / ۰۴ / ۰۴ - ۱۳:۱۶:۴۷

پیوست دارد

با اسمه تعالیٰ



معاونت غذا و دارو

نام و سمت گیرنده

تولید، پشتیبانی‌ها و مانع زدایی‌ها

عملیات

کد

نام و سمت گیرنده

ردیف

۱ رئیس محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان مهر

موضوع فراخوان توزیع شیر خشک کوبنی و رژیمی شهرستان مهر

با سلام و احترام

نظر به درخواست متعدد داروسازان محترم درخصوص توزیع شیر خشک‌های کوبنی و رژیمی، خواهشمند است دستور فرمایید ضمن اطلاع رسانی لازم به کلیه داروخانه‌های زیر مجموعه شبکه بهداشت و درمان مهر، اعلام گردد موسسین محترم داروخانه‌های متقاضی توزیع شیر خشک‌های کوبنی و رژیمی یارانه‌ای، درخواست خود به همراه فرم تعهد مربوطه (پیوست) و سایر مستندات را به صورت حضوری (صرفاً موسس داروخانه با همراه داشتن کارت نظام پزشکی) به شبکه بهداشت و درمان شهرستان مهر تحويل نمایند. همچنین خواهشمند است دستور فرمائید پس از بررسی و جمع بندي درخواست‌ها، حداقل تا تاریخ ۱۱ / ۰۴ / ۱۴۰۴ تمامی درخواست‌های واصله به این معاونت ارسال گردد. لازم به ذکر است پس از بررسی سوابق نظارتی و تایید کمیسون قانونی ماده ۲۰ دانشگاه، اسامی داروخانه‌های واجد شرایط به صورت مکتوب به شرکت‌های پخش اعلام خواهد شد.

این تاریخ قابل تمدید نبوده و به درخواست‌های بعد از این تاریخ ترتیب اثر داده نمی‌شود.

همکاران محترم پیش از شرکت در فراخوان به موارد زیر توجه داشته باشند:

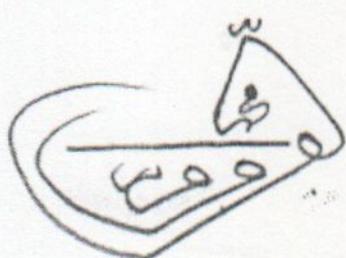
- ۱- در صورتی که داروخانه‌ای در مجاورت مطب متخصص و یا درمانگاهی واقع شده است که دارای نسخه شیر خشک رژیمی می‌باشد، مستندات مربوطه (نمونه نسخ و نامه پزشک متخصص) به پیوست درخواست ارسال گردد.
- ۲- این تاریخ قابل تمدید نبوده و به درخواست‌های بعد از این تاریخ ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- ۳- اولویت گزینش داروخانه‌های منتخب با داروخانه‌هایی است که درخواست توزیع شیر خشک رژیمی و کوبنی را به صورت همزمان اعلام نمایند.

نام و سمت مدیر واحد

اقدام کننده

دکتر محمدجواد خشنود معاون غذا و دارو

کارشناس امور دارویی



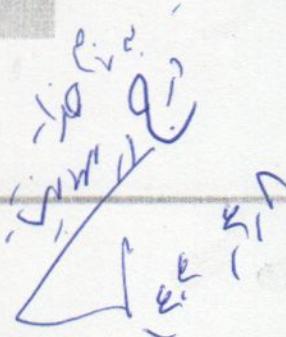
اطلاعات مدرک

تلفن ۷۴۷۶

کلید واژه

پست الکترونیک

آدرس



شماره:
تاریخ:
پیوست: برگ صفحه

با سمه تعالی

معاونت غذا و دارو

فرم تعهد توزیع شیر خشک کوپنی و رژیمی یارانه ای

رئیس محترم اداره فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیر خشک

با سلام و احترام

اینجانب..... به شماره نظام پزشکی موسس داروخانه آدرس داروخانه / تلفن

شیر خشک یارانه ای (کوپنی) □

نوع شیر خشک درخواستی: شیر خشک رژیمی □

با آگاهی کامل از ضوابط و مقررات مربوطه و پذیرش موارد ذیل، تقاضای توزیع شیر خشک های اعلامی را از شرکت های پخش دارویی دارم. خواهشمند است در این خصوص دستور مقتضی را صادر فرمایید.

- فروش شیر خشک منحصر با نسخه الکترونیک (جهت شیرهای رژیمی)

- ثبت شیر در سامانه های تیک و بیمه سلامت

- ثبت شیر یارانه ای (کوپنی) در سامانه Childfms

- همکاری با بازرسین در زمان بازدیدهای ادواری

*** مسئولیت رعایت موارد مذکور به عهده‌ی اینجانب بوده و با توجه به حساسیت موضوع می‌پذیرم در صورت مشاهده‌ی عدم رعایت موارد مذکور بالا فاصله سهمیه داروخانه قطع شده و اقدامات قانونی مقتضی صورت پذیرد. ***

نام و نام خانوادگی

مهر و امضا

تاریخ