



باسمه تعالی

معاونت دارو و غذا

برای پیشگیری از مسمومیت با گاز مونوکسید کربن از شناساگر گاز مونوکسید کربن در منزل یا محیط کار استفاده کنید.

نام و سمت گیرنده

عملیات

کد

نام و سمت گیرنده

ردیف

۱ جناب آقای دکتر مهرداد افکاری کندازی سرپرست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارسنجان

موضوع فراخوان شیرخشک رژیمی و کوپنی - شهرستان ارسنجان

با سلام و احترام

نظر به اعلام آن شبکه در خصوص جایگزینی داروخانه منتخب توزیع شیرخشک های رژیمی و کوپنی فعلی شهرستان، خواهشمند است دستور فرمایید ضمن اطلاع رسانی لازم به کلیه داروخانه های زیر مجموعه شبکه بهداشت و درمان ارسنجان، اعلام گردد موسسین محترم داروخانه های متقاضی توزیع شیرخشک های رژیمی یارانه ای و کوپنی، درخواست خود به همراه فرم تعهد مربوطه (پیوست) و سایر مستندات را به صورت حضوری (صرفا موسس داروخانه با همراه داشتن کارت نظام پزشکی) به شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارسنجان تحویل نمایند. همچنین خواهشمند است دستور فرمائید پس از بررسی و جمع بندی درخواست ها، حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۰۵ تمامی درخواست های واصله به این معاونت ارسال گردد. لازم به ذکر است پس از بررسی سوابق نظارتی و تایید کمیسیون قانونی ماده ۲۰ دانشگاه، اسامی داروخانه واجد شرایط به صورت مکتوب به شرکت های پخش اعلام خواهد شد.

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

- ۱- در صورتی که داروخانه ای در مجاورت مطب متخصص و یا درمانگاهی واقع شده است که دارای نسخه شیرخشک رژیمی می باشد، مستندات مربوطه (نمونه نسخ و نامه پزشک متخصص) به پیوست درخواست ارسال گردد.
- ۲- این تاریخ قابل تمدید نبوده و به درخواست های بعد از این تاریخ ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- ۳- با توجه به لزوم دریافت همزمان شیرخشک های رژیمی و کوپنی، به هیچ عنوان به درخواست شیرخشک های رژیمی بدون همکاری در زمینه شیرخشک های کوپنی ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- ۴- اولویت با داروخانه / داروخانه های شبانه روزی متقاضی خواهد بود.

نام و سمت مدیر واحد

دکتر محمدجواد خشنود معاون غذا و دارو

اقدام کننده

کارشناس فرآورده های طبیعی، سنتی و مکمل

اطلاعات مدرک

تلفن ۲۲۸۰

کلید واژه

آدرس

پست الکترونیک

شماره:
تاریخ:
پیوست: برگ صفحه

فرم تعهد توزیع شیرخشک کوپنی و رژیمی یارانه ای

رئیس محترم اداره فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک

با سلام و احترام

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

نوع شیرخشک درخواستی: شیرخشک رژیمی ☐ شیرخشک یارانه ای (کوپنی) ☐
با آگاهی کامل از ضوابط و مقررات مربوطه و پذیرش موارد ذیل، تقاضای توزیع شیرخشک های اعلامی را از شرکت های پخش دارویی دارم. خواهشمند است در این خصوص دستور مقتضی را صادر فرمایید.
-فروش شیرخشک منحصر با نسخه الکترونیک (جهت شیرهای رژیمی)
-ثبت شیر در سامانه های تیتک و بیمه سلامت
-ثبت شیر یارانه ای (کوپنی) در سامانه Childfms
-همکاری با بازرسین در زمان بازدیدهای ادواری

مسئولیت رعایت موارد مذکور به عهده ی اینجانب بوده و با توجه به حساسیت موضوع می پذیرم در صورت مشاهده ی عدم رعایت موارد مذکور بلافاصله سهمیه داروخانه قطع شده و اقدامات قانونی مقتضی صورت پذیرد.

نام و نام خانوادگی

مهر و امضا

تاریخ