

جناب آقای دکتر ابراهیم شهریاری رئیس محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان مرودشت

با سلام و احترام

پیرو رأی صادره در کمیسیون قانونی ماده ۲۰ دانشگاه به تاریخ ۲۷ / ۰۵ / ۱۴۰۵ مبنی بر خروج یکی از داروخانه های منتخب شیرخشک رژیمی و کوپنی شهرستان مرودشت از فهرست داروخانه های منتخب عرضه کننده شیرخشک رژیمی و کوپنی، به استحضار می رساند؛ این معاونت در نظر دارد به منظور انتخاب و تعیین داروخانه منتخب جایگزین، نسبت به انتشار فراخوان و بررسی درخواست متقاضیان واجد شرایط اقدام نماید. لذا لطفا دستور فرمایید ضمن اطلاع رسانی لازم به کلیه داروخانه های زیر مجموعه شبکه بهداشت و درمان مرودشت، اعلام گردد موسسین محترم داروخانه های متقاضی توزیع شیرخشک های رژیمی 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 مرودشت تحویل نمایند. همچنین لطفا دستور فرمائید پس از بررسی و جمع بندی درخواست ها، حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۵ / ۰۶ / ۲۲ 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، داروخانه واجد شرایط به صورت مکتوب به شرکت های پخش معرفی 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.

دکتر محمدجواد خشنود

معاون غذا و دارو



رونوشت:

- رئیس محترم انجمن داروسازان استان فارس [جناب آقای دکتر محمد منفرد] - جهت دستور درج بر روی سایت انجمن

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 تیتک و بیمه سلامت

-ثبت شیر یارانه ای (کوپنی) در سامانه Childfms و سامانه تیتک

-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