



فرم شماره (۲)

معرفی بیمار MS جهت دریافت دارو

به : مسئول محترم فنی داروخانه

احتراماً بیمار با مشخصات ذیل جهت دریافت دارو به حضور معرفی می گردد.

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کدملی: نوع بیمه: شماره بیمه: نوع دارو: شماره تماس:

شماره	مهر داروخانه
فروردین	
اردیبهشت	
خرداد	
تیر	
مرداد	
شهریور	
مهر	
آبان	
آذر	
دی	
بهمن	
اسفند	

ردیف	نام داروخانه	آدرس	شماره تماس
۱	داروخانه بیمارستان توحید	سنندج - چهارراه بسیج - بلوار توحید	۰۸۷-۳۳۲۸۶۱۱۲
۲	داروخانه هلال احمر	سنندج - خیابان پاسداران	۰۸۷-۳۳۲۳۴۴۷۵
۳	داروخانه شهید بهشتی قروه	قروه - بالاتر از پارک رضوان بیمارستان شهید بهشتی	۰۸۷-۳۵۲۲۰۱۵۰
۴	داروخانه دکتر نوری	دیواندره - میدان امام	۰۸۷-۲۸۷۲۱۷۶۰
۵	داروخانه بیمارستان فجر	مریوان - چهارراه شبرنگ - بیمارستان فجر	۰۸۷-۳۳۵۵۰۰۷۰
۶	داروخانه دکتر شافعی	بانه - خیابان بیمارستان	۰۸۷-۳۳۲۶۳۳۶۵
۷	داروخانه دکتر ابروش	بیجار - بیمارستان امام حسین	۰۸۷-۲۸۲۲۳۰۰۰
۸	داروخانه بیمارستان سینا کامیاران	کامیاران - بیمارستان سینا	۰۸۷-۳۵۵۲۵۶۱۵
۹	داروخانه دکتر محبینی	سقز - بیمارستان امام خمینی	۰۸۷-۴۶۲۲۳۳۸۷
۱۰	داروخانه دکتر صلواتی	سنندج - میدان آزادی	۰۸۷-۳۳۲۳۶۱۰۴
۱۱	داروخانه دکتر آذرباد	سنندج - خیابان پاسداران کوچه کفش ملی	۰۸۷-۳۳۲۹۱۶۱۱

که اعتبار موهاله از تاریخ صدور یکساله می باشد.

تذکره: در نگهداری موهاله دقت بشود. موهاله المثنی صادر نخواهد شد. برای صدور موهاله در هر سال ارائه موهاله قبلی

الزامی است.