

خدمات علوم پزشکی و خدمات درمانی خراسان شمالی

مرکز بهداشت شهرستان بجنورد

فرم شماره ۱۱

وضعیت بهای داروهای مصرف شده در مرکز بهداشتی درمانیدر ماهدر سال.....

ملاحظات	سهم سازمان	نقدی	تعداد برگ	بیمه
				خدمات درمانی کارکنان
				نیروهای مسلح
				تامین اجتماعی
				بیمه همگانی روستایی
				سایر بیمه ها
				تجهیزات پزشکی
				مراجعین آزاد
				مبلغ نقدی یا تعرفه بفروش رفته
				مبلغ کل

.....نام و امضای مسئول داروخانه مرکز.....

.....در مورخه موارد فوق بررسی گردید. تعداد.....برگ بیمه مورد تایید و تعداد.....

برگ بیمه

.....بدلیل.....

برگشت داده می شود.

سرپرست امور دارویی مرکز بهداشت شهرستان