

کد: ۰۵۵۰۰۱

معاونت غذا و دارو
توان سد: فرم ثبت پیگیری و پایش شکایت حضوری



| | | |
|-------------|--------------------|-----------------|
| مشخصات شاکی | نام و نام خانوادگی | شماره تلفن تماس |
| | نشانی دقیق | |

| |
|---------------|
| مشخصات متشاکی |
|---------------|

| |
|------------------------------------|
| شرح دقیق موضوع با ذکر تاریخ و ساعت |
| نام و امضای شاکی |

| | | | |
|--|---------------------|--------------|-----------|
| آیا شاکی مدارک لازم برای بررسی موضوع شکایت را به همراه دارد؟ | بله | خیر | کامل نیست |
| ارجاع به | دریافت کننده شکایت: | نام و امضاء: | |

| |
|-----------------------|
| اقدام (با ذکر تاریخ): |
|-----------------------|

| |
|-----------------------------|
| نتیجه بررسی (با ذکر تاریخ): |
|-----------------------------|

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| نام شاکی طی شماره: | نام شاکی طی شماره: |
| نشانی در تاریخ: پیوسته شد. | نشانی در تاریخ: پایش شد. |
| امضای مسئول پیگیری | امضای رئیس اداره شی و نظارت |