



فرم شماره (۲)

معرفی بیمار پیوندی جهت دریافت دارو

به : مسئول محترم فنی داروخانه

احتراماً بیمار یا 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	نام 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 سیج - بلوار توحید	۰۸۷-۳۲۲۸۶۱۱۲
۲	داروخانه هلال احمر	سنندج - خیابان پاسداران	۰۸۷-۳۲۲۳۳۳۷۵
۳	داروخانه شهید بهشتی قروه	قروه - بالاتر از پارک رضوان بیمارستان شهید بهشتی	۰۸۷-۳۵۲۲۰۱۵۰
۴	داروخانه دکتر نوری	دیواندره - میدان امام	۰۸۷-۳۸۷۲۱۷۶۰
۵	داروخانه بیمارستان فجر	مریوان - چهارراه شبرنگ - بیمارستان فجر	۰۸۷-۳۲۳۵۰۰۷۰
۶	داروخانه دکتر شافعی	بانه - خیابان بیمارستان	۰۸۷-۳۲۲۶۳۳۶۵
۷	داروخانه دکتر ابروش	بیجار - بیمارستان امام حسین	۰۸۷-۳۸۲۳۳۰۰۰
۸	داروخانه بیمارستان سینا کامیاران	کامیاران - بیمارستان سینا	۰۸۷-۳۵۵۲۵۶۱۵
۹	داروخانه دکتر محسنی	سقز - بیمارستان امام خمینی	۰۸۷-۳۶۲۲۳۳۸۷
۱۰	داروخانه دکتر ضلوانی	سنندج - میدان آزادی	۰۸۷-۳۲۲۳۶۱۰۲
۱۱	داروخانه دکتر آذرباد	سنندج - خیابان پاسداران کوچه کش ملی	۰۸۷-۳۲۲۹۱۶۱۱

که اعتبار موانه از تاریخ صدور یکساله می باشد.

تذکر: در نگهداری موانه دقت شود. موانه المثلی صادر نخواهد شد. برای صدور موانه در هر سال ارائه موانه قبلی الزامی است.