|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **دانشگاه علوم پزشکی زابل**  **معاونت غذا و دارو- آزمایشگاه مواد غذایی، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی** | **کد فرم :Q.A.LQS-F4** |
| **تاریخ تهیه : 94/11/01** |
| **تاریخ اجرا : 94/12/01** |
| **تاریخ ویرایش : 95/12/01** |
| **عنوان سند : فرم تحویل نمونه** | | **صفحه 1 از 1** |

فرم تحویل نمونه

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | |  |  | | **رسید دریافت نمونه**  **آزمایشگاه کنترل مواد غذایی، آرایشی- بهداشتی**  **معاونت غذا و دارو**  **دانشگاه علوم پزشکی، خدمات درمانی زابل** | **کد:-008 R-FORM** |
| **کد نمونه** |  | |
| **نام تحویل گیرنده نمونه** |  | |
| **نام تحویل دهنده نمونه** |  | |
| **تاریخ و ساعت تحویل** |  | |
| **تلفن پاسخگویی:   83-05432225280                        فاکس: 05432225280** | | |
| **ایام کاری: شنبه تا چهارشنبه ساعت کاری: 15:30- 7** | | |