|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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** |