فرم آمار نسخ و ميانگين اقلام مركز............................در ماه ....................... سال......................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *رديف* | نام پزشك | شماره نظام پزشكي | تعدادنسخ روستايي | ميانگين اقلام | تعدادنسخ بالاي 10200تومان | جمع ريالي نسخ روستايي هر پزشك | ميانگين مبلغ نسخ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

نام و امضاء تنظيم كننده : نام و امضاء دارويار: نام و امضاء مسئول مركز

فرم آمار نسخ و ميانگين اقلام مركز............................در ماه ....................... سال......................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *رديف* | نام پزشك | شماره نظام پزشكي | تعدادنسخ روستايي | ميانگين اقلام | تعدادنسخ بالاي 10200تومان | جمع ريالي نسخ روستايي هر پزشك | ميانگين مبلغ نسخ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

نام و امضاء تنظيم كننده : نام و امضاء دارويار: نام و امضاء مسئول مركز