دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور

معاونت بهداشتی شهرستان نيشابور

وضعيت بهاي داروهاي مصرف شده درمركز خدمات جامع سلامت ........................درماه ..............سال .......13

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نوع بيمه | تعدادبرگ | نقدي | سهم سازمان |
| خدمات درماني |  |  |  |
| نيروهاي مسلح |  |  |  |
| تامين اجتماعي |  |  |  |
| بيمه همگاني روستايي |  |  |  |
| ساير بيمه ها |  |  |  |
| تجهيزات پزشكي |  |  |  |
| مراجعين آزاد |  |  |  |
| مبلغ نقدي يا تعرفه به فروش رفته |  |  |  |
| مبلغ كل |  |  |  |

نام و امضاء مسئول مركز:.................... نام و امضاء مسئول داروخانه مركز..................

درمورخه ................... موارد فوق بررسي گرديد.تعداد ........... برگه بيمه مورد تاييد و تعداد.....

برگه بيمه بدليل ....................................................................................................................

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

برگشت داده ميشود .