



اینجانب ..... موسس داروخانه ..... متعهد می گردم  
که اطلاعات بیماران دریافت کننده شیرخشک های رژیمی و غذاهای ویژه یارانه ای را در سامانه  
زنجیره تامین ثبت و تصویر نسخ تجویزی توسط پزشک متخصص (کودکان، داخلی و یا غدد) را  
دریافت و بایگانی نمایم.

آدرس داروخانه:

کد GLN داروخانه:

مهر و امضاء موسس