





گیرنده: تهران - صندوق پستی شماره ۹۴۸-۱۴۱۸۵  
تلفن: ~~۸۸۹۲۳۱۹۳~~ ۸۸۹۲۳۱۹۳-۴

(از محل خط چین تا کدود و از نواحی چسب‌دار بچسبانید)

فرستنده

نام و نام خانوادگی: .....

آدرس: .....

کد پستی: .....

توجه: در صورت عدم ارائه آدرس دقیق و تلفن قابل تماس مرکز ثبت عوارض داروها (ADR) قادر به پاسخگویی و گزارش نخواهد بود.

گزارش‌کننده: پزشک  داروساز  سایر مشاغل .....

آدرس کامل پستی: ..... تلفن تماس: .....

شماره نظام پزشکی .....

تاریخ .../.../... امضاء