مرکز/شبکه:.....
نام واحد: .....

معاونت اموربهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی و درمانی
شهید بهشتی
نام فرم : درآمد و هزینه ماهانه داروخانه
دوره ارسال فرم : ماهانه

کد فرم :۰۴-۰۱-۱۱۳
تاریخ تکمیل: / /
فصل ☐ ماه ☐

نوع واحد :
مرکز/ مراکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز/ مراکز بهداشتی درمانی روستایی ☐

تاریخ	تعداد نسخ							تعداد نسخ پیچیده نشده	تعداداقلام دارویی بیمه روستایی	۳۰٪ سهم بیمه شده نسخ بیمه روستایی	مبلغ جمع کل نسخه بیمه روستایی	A ۷۰ ٪ سهم سازمان بیمه گر (کلیه بیمه ها بجز بیمه روستایی)	B درآمدحاصل از کل قبوض	C (A+B) کل درآمد	مبلغ نسخ رایگان
	تامین اجتماعی	خدمات درمانی	ارتش	بیمه روستایی	آزاد	بهداشتی	کل نسخ								

مرکز/شبکه:.....
نام واحد: .....

معاونت اموربهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی و درمانی
شهید بهشتی
نام فرم : درآمد و هزینه ماهانه داروخانه
دوره ارسال فرم : ماهانه

کد فرم :۰۴-۰۱-۱۱۳
تاریخ تکمیل: / /
فصل ☐ ماه ☐

نوع واحد :
مرکز/مراکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز/مراکز بهداشتی درمانی روستایی☐

تاریخ	تعداد نسخ							تعداد نسخ پیچیده نشده	تعداداقلام دارویی بیمه روستایی	۳۰٪ سهم بیمه شده نسخ بیمه روستایی	مبلغ جمع کل نسخه بیمه روستایی	A ۷۰ ٪ سهم سازمان بیمه گر (کلیه بیمه ها بجز بیمه روستایی)	B درآمدحاصل از کل قبوض	C (A+B) کل درآمد	مبلغ نسخ رایگان
	تامین اجتماعی	خدمات درمانی	ارتش	بیمه روستایی	آزاد	بهداشتی	کل نسخ								
جمع															

نام و سمت تکمیل کننده فرم : امضاء : نام مسئول مرکز : امضاء :