



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان

بسمه تعالی

شماره:
تاریخ:
پیوست:

معاونت غذا و دارو

LFHF_ 510 _ 04

به ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان

موضوع: اعلام نتیجه آزمون

شماره ثبت تقاضا:

تاریخ ثبت تقاضا:

تاریخ وصول نمونه:

| ردیف | نام نمونه | شماره پروانه ساخت | تاریخ تولید | سری ساخت | ردیف | نام نمونه | شماره پروانه ساخت | تاریخ تولید | سری ساخت |
|------|-----------|-------------------|-------------|----------|------|-----------|-------------------|-------------|----------|
| ۱ | | | | | ۶ | | | | |
| ۲ | | | | | ۷ | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | | | |

نتایج حاصل از آزمون نمونه شماره درویژگیهای میکروبی با استاندارد شماره و در ویژگیهای شیمیایی با استاندارد شماره مطابقت دارند.

توجه: اظهار نظر فقط مربوط به نمونه های ارسالی به آزمایشگاه می باشد

مبلغ ریال بابت آزمایش به حساب شماره ۲۱۷۳۳۱۹۰۰۶۰۰۴ شعبه شهرک قدس کد ۱۴۵۸ واریز شود و فیش مربوطه تحویل آزمایشگاه گردد