



« ریاست محترم سازمان خدمات درمانی اصفهان »

با اهداء سلام ، احتراماً خواهشمند است دستور فرمایید هر ساله مبلغ ۲۴۰۰۰۰ ریال از اولین پرداخت اینجانب مؤسس داروخانه برداشت و به حساب جاری سیبا ۰۱۰۶۴۵۹۱۲۳۰۰۳ بانک ملی فلکه فیض بنام انجمن داروسازان استان اصفهان واریز گردد .

کد خدمات درمانی نسخ داروخانه : P

تلفن همراه :

تلفن داروخانه :

آدرس داروخانه :

با تشکر

مهر داروخانه و امضاء مؤسس یا سرپرست داروخانه

آدرس : اصفهان - خیابان بزرگمهر - خیابان سپهبد قمری - بن بست شکوفه ۵ - پلاک ۲۹ - طبقه دوم

کد پستی : ۱۴۷۴۰-۸۱۵۷۷ شماره تلفن فاکس : ۱۹-۲۶۴۷۳۱۸-۰۳۱۱

پست الکترونیکی: hfrf1414@yahoo.com وب سایت : www.esfahanpharma.com