

FORM CODE:SA-010

گزارش کارکرد روزانه کارشناس فروش حضوری - مسیر: داروخانه و سایر مشتریان

نام کارشناس فروش: شهر: مسیر: تاریخ: روز:

پزشک / داروخانه محترم خواهشمند است حضور نماینده این شعبه را با مهر کردن این برگه ، تأیید فرمایید. با تشکر

محل تأیید کارشناس فروش حضوری :

محل تأیید مدیر / سرپرست شعبه: