

بسمه تعالی

کد داروخانه:

از:

به: **واحد فروش شرکت تبیان**

با سلام

احتراما اینجانب با اطلاع از شرایط تغییر نسخه تحت شبکه به تک کاربره و اینکه در صورت تصمیم به تغییر دوباره نرم افزار به حالت تحت شبکه باید هزینه مابالتفاوت پرداخت نمایم درخواست تغییرات لازم از طرف آن شرکت را دارم.

نام موسس:

نام داروخانه:

کد رجیستری:

مهر و امضاء