\*لطفا با توجه به اينكه اين فرم به صورت فايل word مي باشد قبل از تكميل با فايل pdf مقايسه كنيد.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. این قست توسط واحد تولیدی تکمیل شود | | | | | |
| نام واحد تولیدی: | | | | | |
| نشانی واحد تولیدی: | | | | | |
| نام فرآورده مورد تقاضا: | | | شماره پروانه ساخت : | | |
| نام تجاری فرآورده : | | | | | |
| فرمولاسیون فرآورده : | | | | | |
| ویژگیهای خاص فرآورده که آن را برای دریافت نشان ایمنی و سلامت واجد شرایط معرفی می نماید به همراه مستندات به شرح زیرمی باشد: | | | | | |
| ردیف | ویژگی | | | | شماره پیوست |
| 1 |  | | | |  |
| 2 |  | | | |  |
| 3 |  | | | |  |
| 4 |  | | | |  |
| 5 |  | | | |  |
| 6 |  | | | |  |
| نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول فنی : | | نام و نام خانوادگی و امضاء مدیر عامل: | | | |
| 1. این قسمت توسط دانشگاه علوم پزشکی مربوطه تکمیل شود | | | | | |
| بنا به درخواست ثبت شده به شماره مورخ ضمن پیوست نمودن تصویر برابر اصل شده پروانه ساخت و با توجه به بررسی های بعمل آمده در خصوص رعایت شرایط خوب تولید، کنترل کیفیت، سوابق شکایات واصله و امتیاز PRPs مورد تائید ( ) فرآورده فوق الذکر برای دریافت نشان ایمنی و سلامت، معرفی می گردد. | | | | | |
| معاون غذاو دارو  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............................. | | | | شماره :  تاریخ: | |

* تذکر مهم: مدت زمان دریافت فرم در خواست تکمیل شده از سوی واحد تولیدی تا اعلام نظر و صدور درخواست از سوی دانشگاه علوم پزشکی نباید بیش از 15 روز باشد.