\*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 دارودانشگاه 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.