



تاریخ:.....  
شماره:.....  
پیوست:.....

### صورتجلسه بازدید از دفاتر کالای پزشکی

احتراماً معروض می دارد در روز..... مورخ...../...../..... ۱۳..... ساعت..... از محل..... به مسئولیت  
آقا/خانم..... فرزند..... به شماره شناسنامه.....، کد ملی.....  
، آدرس..... و تلفن همراه.....  
توسط کارشناسان تیم نظارتی متشکل از کارشناسان معاونت غذا و دارو، اماکن، نماینده تعزیرات حکومتی و نماینده اداره صنعت و  
معدن و تجارت بازدید به عمل آورده شد و نواقص به شرح ذیل مشاهده گردید و در خصوص رفع نواقص تذکرات لازم ارائه شد و  
یک نسخه از گزارش بازرسی به مسئول کالای پزشکی داده شد.

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

محل امضاء صاحب پروانه کسب:

نماینده اداره تعزیرات حکومتی:

کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی:

نماینده دایره اماکن نیروی انتظامی:

نماینده اداره صنعت و معدن و تجارت: