|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان فرم :** کارشناسیبازديد مرحله اول از انبار شعبه پخش سراسري دارو | **بسمه تعالي** arm copy**معاونت غذا و دارو** | **تاريخ:**  |
| **شماره فرم :** 03-77- 55 | **شماره ثبت:** |
| **نام شركت پخش/ شعبه پخش فرآورده‌های سلامت:****آدرس دقيق دفتر مركزي شركت : استان شهر خيابان پلاك** **تلفن : نمابر :****آدرس و كروكي انبار :****(محل انبار در واحد مسكوني، زيرزمين و مناطق صعب العبور و مجاور صنایع آلاینده قرار ندارد** □**)****\* تعداد داروخانه‌های دایر در استان .............................................****\* تعداد داروخانه‌های دایر در استان‌ها در صورت توزیع همجوار .............................................****مشخصات انبار :** متراژ طول عرض ارتفاع

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع ساختمان :**  | سوله | □ | طاقي | □ |
| **تملك انبار :** | ملكي | □ | استيجاري | □ |
| **دفتر انبار :** |  | □ | انبارداري پاگرد درب و ..... : | □ |
| **محل بارانداز و تخليه :** |  | □ | مسقف بودن محل تخليه و بارگيري : | □ |

\* محل مورد نظر با آئين نامه و ضوابط پخش فرآورده‌های سلامت مغايرت دارد □ ندارد □**\*** **توضيحات :**  **نام و نام خانوادگي كارشناس/کارشناسان: تاريخ بازديد و امضاء :**\* تأييد محل معرفي شده معاون غذا و داروي دانشگاه علوم پزشكي **اصفهان**( نام و نام خانوادگي- تاريخ و امضاء) : **دكتر عباس جعفریان دهکردی** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان فرم :** کارشناسیبازديد مرحله دوم از انبار شعبه پخش سراسري دارو | **بسمه تعالي** arm copy**معاونت غذا و دارو** | **تاريخ:**  |
| **شماره فرم :** 02-78- 55 | **شماره ثبت:** |
| **نام شركت پخش/ شعبه پخش فرآورده‌های سلامت:** **آدرس دفتر مركزي شركت :** استان :شهر: خيابان : پلاك : **آدرس دقيق انبار :** **شماره تلفن و فاكس :****\* داشتن شرايط لازم مطابق با آئين نامه و ضوابط تأسيس و فعاليت شركتهاي پخش فرآورده‌های سلامت :**1. **شرايط انبار :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | فاقد منفذ بودن كف و سقف و ديوارها | □ | سيستم اعلام و اطفاء حريق |
| □ | قابل شستشو و مقاوم بودن كف | □ | محل مجزاي نگهداري مخدرها، مواد سمي و بيوداروها  |
| □ | قفسه بندي پالتي انبار | □ | محل مجزايي براي داروهاي ريكال و ضايعاتي |
| □ | كافي بودن روشنايي و نور انبار | □ | مجزا بودن محل نگهداري محصولات قابل اشتغال  |
| □ | ليفتراك برقي | □ | يخچال و فريزر |
| □ | سيستم گرمايش و سرمايش مناسب | □ | جاروبرقي صنعتي |
| □ | دماسنج و رطوبت سنج به تعداد كافي |  |  |

1. **آیا شرکت دارای کامپیوتر و نرم افزار مناسب مطابق با ضوابط دارد □ ندارد** □
2. **امکانات شرکت**

□ **نام نرم افزار کامپیوتر.................... □ تعداد کامپیوتر .....................**□ **تعداد کامیون .................... □ تعداد کامیونت .....................**□ **تعداد وانت .................... □ تعداد موتور سیکلت .....................****توضيحات :** \* امكانات و شرايط لازم فعاليت شركت پخش فرآورده‌های سلامت با جاري مغايرت دارد □ ندارد □ **نام و نام خانوادگي كارشناس : تاريخ بازديد و امضاء :**\* تأييد معاون غذا و داروي دانشگاه علوم پزشكي **اصفهان**  ( نام و نام خانوادگي- تاريخ و امضاء) : **دكتر عباس جعفریان دهکردی** |