|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | | |