فرم درخواست تائید محل انبار داروخانه

رئیس محترم انجمن داروسازان اصفهان

**با سلام و احترام**

**خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به بازدید کارشناسی از محل انبار داروخانه .................................................... به شرح اطلاعات زیر و ارسال نتیجه به معاونت غذا و دارو اقدام فرمائید:**

1. **نشانی داروخانه: شهرستان ......................... شهر/روستا ....................... خیابان .......................**
2. **نشانی انبار معرفی شده: شهرستان ....................... شهر/روستا ........................ خیابان .....................**

**کوچه ............... پلاک ........................ (کروکی محل به پیوست) فاصله تا محل داروخانه .................... متر**

1. **مساحت انبار: ................... متر مربع**
2. **وضعیت GSP :**

**قفسه بندی: دارد ندارد گرمایش: دارد ندارد**

**محافظت از تابش مستقیم نور خورشید: دارد ندارد**

**نام موسس داروخانه : مهر و امضا موسس داروخانه:**

**رونوشت :**

* **معاونت محترم غذا و دارو؛ ضمن معرفی محل فوق الذکر و تعهد مبنی بر رعایت اصول GSP محل معرفی شده، خواهشمند است نسبت به تائید محل فوق پس از دریافت فرم کارشناسی تائید شده انجمن داروسازان، دستورات لازم را مبذول فرمائید.**