|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این قسمت توسط متقاضی تکمیل شود. | **مدير محترم نظارت بر مواد غذايي،‌آرايشي و بهداشتي / رئيس محترم شبكه بهداشت و درمان شهرستان ..........**  **با سلام**  به پيوست مدارک واحد توليدي ....................................... دارای پروانه بهره برداری (دارای خطوط تولید محصولات درخواستی) و پروانه های مسئول فنی معتبر، جهت اخذ پروانه/ پروانه های ساخت به شرح زیر تقديم مي گردد. خواهشمند است دستور اقدام مقتضي صادر و نتيجه را به اين واحد توليدي اعلام فرمايند.  **آدرس واحد تولیدی:**     |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **نام محصولات** | **صدور** | **تمدید** | **اصلاح** | **محدوده اوزان يا حجمهاي درخواستي** | **نوع پوشش بسته بندي** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   **-** فرم سه برگي ساخت و طرح اتیکت محصول/ محصولات درخواستی.........نسخه  - تصویر پروانه بهره برداری بهداشتی  - تصویر پروانه های مسئول فنی کلیه شیفتها و خطوط تولید  - تصویر برابر با اصل شده گواهی ثبت نام تجاری  - نقشه آزمایشگاه (شیمیایی و میکروبی سه قسمتی) به انضمام لیست تجهیزات آزمایشگاه  - قرار داد با آزمایشگاه همکار در صورت لزوم و آنالیز دوره های قبل نمونه های ارسالی به آزمایشگاه همکار  - تعهد نامه رعایت نکات برچسب گذاری  -کد GTIN دریافت شده از مرکز شماره گذاری کالا  - اصل حواله/ حواله های رسید بانکی  -اصل پروانه /پروانه هاي ساخت قبلي  تاريخ...................................... آقا / خانم ................................. با سمت : ...................................... شماره همراه : ........................................  مهر و امضاء متقاضی |
| این قسمت توسط کارشناسان مواد غذایی و بهداشتی تکمیل می شود | **کارشناس محترم آقا /خانم ......... لطفاً در خصوص موارد زیر اظهار نظر فرمائید.**  تاریخ .............................................. امضاء |
| **اظهار نظر كارشناسي واحد فني و نظارت / شبكه بهداشت و درمان شهرستان .................**  با توجه به بازديد مورخ ........................ از واحد توليدي ياد شده موارد به شرح زير اعلام مي گردد.   1. آیا GMP واحد تولیدی مورد تأیید است؟ بلی🗆 خیر🗆   2-آیا واحد تولیدی جهت کلیه شیفت های فعال دارای مسئول فنی با پروانه معتبر می باشد؟ بلی🗆 خیر🗆  **3-آیا** جواب آزمون ها مطابق با ویژگی ها و ضوابط مورد تائید سازمان غذا و داروبوده و عدم انطباق بحرانی در تمام نمونه ها گزارش نشده است؟  بلی🗆 خیر🗆 **(در صورت وجود عدم انطباق بحرانی:تعداد موارد...... محصولات دارای عدم انطباق............. )**  **4-** آیا شکایت اثبات شده درخصوص فرآورده وجود دارد؟ بلی🗆 خیر🗆  **5-امتیاز prps واحد تولیدی:.................** |
| با توجه به مندرجات فوق صدور / تمدید / اصلاح پروانه ساخت بلامانع میباشد بلامانع نمیباشد  تاريخ...................................... امضاء كارشناس |

|  |  |
| --- | --- |
| **فرم تسویه حساب** | بدینوسیله گواهی می شود واحد تولیدی ............................................تا تاریخ..........................فاقد بدهی به این معاونت می باشد.  حسابداری معاونت غذا ودارو |