فرم استعلام از آزمایشگاه کنترل غذا و داروی استان آذربایجان‌غربی

|  |
| --- |
| مدیریت محترم آزمایشگاه کنترل غذا و داروی استان تاریخ:  **با سلام و احترام، با توجه به درخواست این شرکت ............................................................... مبنی بر صدور/تمدید پروانه بهره﻿برداری 🖵 پروانه ساخت🖵 برای فرآورده﻿های: ......................................................................................................................................................................**  **خواهشمند است دستور فرمایید در خصوص آزمایشگاه این شرکت اعلام نظر تا اقدام لازم معمول گردد. ضمن اینکه با توجه به بازدید کارشناسان آزمایشگاه در مورخ ....................... /کارشناسان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ................................. در مورخ .................. (طبق چک لیست پیوستی)🖵 نواقص اعلامی به شرح زیر رفع گردیده است:**  **..................................................................................................................................................................................................................................**  **..................................................................................................................................................................................................................................**  مدیر عامل شرکت  **تلفن همراه:**  **شماره نمابر:** |

|  |
| --- |
| مدیرعامل محترم شرکت ...................................................................  **با سلام و احترام، با توجه به درخواست فوق﻿الذکر:**   1. **الف) تسویه حساب شرکت طی فیش﻿های واریزی انجام گرفته است.** 🖵   **ب) آن شرکت می﻿بایست نسبت به واریز مبلغ .................................... ریال از بابت هزینه آزمایشات به حساب شماره 4001035203015489 و به شماره شبا 314035255140108002173529005501 نزد بانک مرکزی به نام خزانه‌داری کل اقدام نماید.🖵**   1. **قرارداد با آزمایشگاه همکار..................................................... مورد تأیید وزارت بهداشت بوده🖵 و نمونه‌ها در زمان مقرر مطابق با قرارداد ارسال می‌گردند. 🖵نتایج آزمون‌های تخصصی/عمومی (کارگاه/مشاغل خانگی) نیز رؤیت گردید. 🖵** 2. **آزمایشگاه کنترل آن واحد با توجه به بررسی﻿های انجام یافته:**   **الف) مورد تأیید می﻿باشد.🖵**  **موارد مشروط: ..............................................................................................................................................................................................................**  **ب) مورد تأیید نمی﻿باشد.🖵**  **موارد نقص: .................................................................................................................................................................................................................**  **.......................................................................................................................................................................................................................................**  .........................  کارشناس آزمایشگاه |
| **بر اساس بندهای ............ و ............ آزمایشگاه آن واحد مورد تأیید می﻿باشد.**🖵 **مورد تأیید نمی﻿باشد.**🖵 دکتر امیر رحیمی﻿راد مدیر آزمایشگاه کنتـرل  غذا و داروی اسـتان |
| **\* اعتبار این برگه از تاریخ صدور به مدت دو ماه می‌باشد.**  **\* حداکثر زمان پاسخ﻿دهی به این برگه از زمان ارائه به مدت 24 ساعت کاری می﻿باشد.** |
| 🖵 **در تاریخ ..................... فرم مذکور به شماره نمابر ......................................... ارسال گردید.** (واحد دبیرخانه) |