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) |