|  |
| --- |
| **نام شرکت : نام شعبه: نام دانشگاه علوم پزشکی:****زمینه فعالیت:** غذایی، آشامیدنی **🗆** **نوع محصول: مواد اولیه 🗆 بسته بندی 🗆 فرایند شده 🗆****آدرس:** |
| **ناوگان حمل و نقل** و توزیع:تعداد پرسنل شاغل در سیستم توزیع کالا : ..................................... نفرتعداد وسایل نقلیه بکار گرفته شده در سیستم توزیع : ................. دستگاهآیا سیستم فراخوان فروش طراحی و اجرا شده است ؟ بلی □ خیر □ |
| مشخصات وسایل نقلیه : ( طبق کارت شناسایی وسیله نقلیه تکمیل گردد ) |
| **ردیف** | **نوع** | **پلاک ماشین** | **کد بهداشتی** | **نوع تجهیزات** |
|  |  |  |  | سردخانه ای🗆 یخچالی🗆 خنک 🗆 دمای محیط 🗆 گرمایش🗆 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی...............**

**با توجه به بازدید بعمل آمده از شعبه متعلق به شرکت و بررسی های انجام گرفته شعبه مذکور مورد تائید می باشد .**

**کارشناسان معاونت غذا و دارو**

 **مدیر اداره نظارت بر مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی معاون غذا و دارو**

 **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ......**