

شماره :

تاریخ :

پیوست :

کد مدرک: F-248-00

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

**معاونت غذا و دارو**

**فرم کارشناسی بازدید مرحله اول از انبار شرکت پخش**

* **نام شرکت پخش فرآورده های آرایشی و بهداشتی تاریخ بازدید:**
* **آدرس پستی دفتر مرکزی شرکت: استان ............................... شهر ................................ خیابان............................. پلاک ....................................... تلفن....................................نمابر............................**
* **آدرس پستی و کروکی انبار:**
* **مکان انبار در واحد مسکونی، زیرزمین، مناطق صعب العبور و صنایع آلاینده قرار دارد 🞏 ندارد 🞏**
* **مشخصات انبار (برحسب متر) طول ................ عرض....................ارتفاع................مساحت..................... (متر مربع)**
* **نوع ساختمان: سوله 🞏 طاقی 🞏 تملک: انبار، ملکی 🞏 استیجاری 🞏**
* **محل تخلیه و بارگیری انبار مسقف می باشد 🞏 نمی باشد🞏**
* **محل پیشنهادی با ضوابط تاسیس شرکتهای پخش آرایشی و بهداشتی مغایرت ندارد 🞏 دارد🞏**
* **توضیحات کارشناس/کارشناسان اعزامی:**

**نام و نام خانوادگی سمت، امضاء نظر معاون غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی**

**1-**

**2-**