

شماره :

تاریخ :

پیوست :

کد مدرک: F-249-00

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

**معاونت غذا و دارو**

**فرم کارشناسی بازدید مرحله دوم از انبار شرکت پخش فرآورده های آرایشی و بهداشتی**

**نام شرکت پخش:**

* **آدرس پستی دفتر مرکزی: استان .................................. شهر.......................... خیابان ........................ پلاک .......**
* **آدرس پستی انبار پیشنهادی:**
* **شرایط لازم مطابق با آیین نامه و ضوابط تاسیس فعالیت شرکت پخش:**

**🞏 فاقد ممنفذ بودن کف/سقف/دیوارها 🞏 کافی بودن شرایط نور و روشنایی انبار**

**🞏 جاروبرقی صنعتی به تعداد کافی 🞏 سیستم اعلان واطفاء حریق**

**🞏 لیفتراک برقی 🞏 قابل شستشو و مقاوم بودن کف انبار**

**🞏 سیستم مناسب ضد سرقت 🞏 مکان مجزا برای نگهداری اقلام ضایعاتی**

**🞏 سیستم گرمایشی- سرمایشی مناسب 🞏 وجود دفتر داخلی مجزا**

**🞏 قفسه بندی پالتی انبار 🞏 جداسازی اقلام قابل اشتعال**

* **آیا شرکت دارای سامانه مناسب رایانه ای (سخت افزاری- نرم افزاری) می باشد بلی 🞏 خیر 🞏**
* **نام برنامه نرم افزاری انبار:**
* **تعداد کامیون، کامیونت و وانت بار مورد ستفاده در شرکت (ملکی و یا قراردادی):**
* **وضعیت کلی انبار پیشنهادی با ضوابط تاسیس شرکت پخش آرایشی و بهداشتی مغایرت دارد 🞏 ندارد🞏**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی و سمت امضاء کارشناسان اعزامی:** | **نظر معاون غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی** |
| **1-**  **2-** |  |