

«پیوست شماره ۶»

« فرم کارشناسی بازدید مرحله اول از انبار مرکزی / شعبه پخش سراسری یا شرکت پخش

استانی دارو »

نام شرکت پخش استانی / شعبه پخش سراسری دارو :

آدرس دقیق دفتر مرکزی شرکت : استان ----- شهر ----- خیابان ----- پلاک -----

تلفن :
نمابر :

آدرس و کروکی انبار :

(محل انبار در واحد مسکونی، زیرزمین و مناطق صعب العبور قرار ندارد)

ارتفاع	عرض	طول	متراژ	مشخصات انبار :
	<input type="checkbox"/>	طاقی	<input type="checkbox"/>	نوع ساختمان : سوله
	<input type="checkbox"/>	استیجاری	<input type="checkbox"/>	تملك انبار : ملكى
<input type="checkbox"/>	انباردارای پاگرد درب و ----- :		<input type="checkbox"/>	دفتر انبار :
<input type="checkbox"/>	مسقف بودن محل تخلیه و بارگیری :		<input type="checkbox"/>	محل بارانداز و تخلیه :

* محل مورد نظر با آئین نامه و ضوابط پخش دارو مغایرت دارد ندارد

* توضیحات :

نام و نام خانوادگی کارشناس : تاریخ بازدید و امضاء :

----- * تأیید محل معرفی شده معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی

(نام و نام خانوادگی - تاریخ و امضاء) :