

«پیوست شماره ۷»

« فرم کارشناسی بازدید مرحله دوم از انبار مرکزی / شعبه پخش سراسری یا شرکت پخش استانی دارو »

نام شرکت پخش استانی / شعبه پخش سراسری دارو :

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

آدرس دقیق انبار :

* داشتن شرایط لازم مطابق با آئین نامه و ضوابط تأسیس و فعالیت شرکتهای پخش دارو :

(۱) شرایط انبار :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> فاقد منفذ بودن کف و سقف و دیوارها | <input type="checkbox"/> سیستم اعلام و اطفاء حریق |
| <input type="checkbox"/> قابل شستشو و مقاوم بودن کف | <input type="checkbox"/> محل مجزای نگهداری مخدرها، مواد سمی و بیوداروها |
| <input type="checkbox"/> قفسه بندی پالتی انبار | <input type="checkbox"/> محل مجزایی برای داروهای ریکال و ضایعاتی |
| <input type="checkbox"/> کافی بودن روشنایی و نور انبار | <input type="checkbox"/> مجزا بودن محل نگهداری محصولات قابل اشتغال |
| <input type="checkbox"/> لیفتراک برقی | <input type="checkbox"/> یخچال و فریزر |
| <input type="checkbox"/> سیستم گرمایش و سرمایش مناسب | <input type="checkbox"/> جاروبرقی صنعتی |
| <input type="checkbox"/> دماسنج و رطوبت سنج به تعداد کافی | |

(۲) دارا بودن کامپیوتر و نرم افزار مناسب مطابق با مقررات

(۳) تعداد کامیون، کامیونت و وانت (استیجاری / ملکی)

(۴) تعداد موتور سیکلت (استیجاری / ملکی)

* امکانات و شرایط لازم فعالیت شرکت پخش دارو با مقررات جاری مغایرت دارد ندارد

* تأیید معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی ----- (نام و نام خانوادگی - تاریخ و امضاء) :

نام و نام خانوادگی کارشناس :

تاریخ بازدید و امضاء :