|  |
| --- |
| **1) مشخصات درخواست­کننده:** شرکت/ نام و نام­خانوادگی: |
|  شماره تلفن: | نماینده پیگیری­کننده: |
|  آدرس پستی: | نمابر: |
| **2) نام محصول:** | **نام تجاری:**  |
| **3) به استناد بازدید مورخ ........................... امتیاز PRP(s) واحد ................................ می‌باشد.** |
| **4) مدارک لازم:** | **متقاضی** | **کارشناس** | **توضیحات** |
| 1- درخواست کتبی دارنده نام تجاری | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 2- اساسنامه و آگهی روزنامه رسمی دارنده نام تجاری / پروانه بهره‌برداری  | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 3- گواهی ثبت نام تجاری در طبقه مورد نظر به نام دارنده نام تجاری | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 4- تصویر برابر اصل قرارداد منعقده بین دارنده نام تجاری و کارخانه تولیدی (ذکر نام فرآورده مورد سفارش، مدت قرارداد، نام تجاری در قرارداد الزامی است) | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 5- ارائه فرمولاسیون در فرم سه برگی ساخت | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 6- تصویر برابر اصل شده پروانه بهداشتی ساخت  | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 7- تصویر طرح برچسب تائید شده دارنده نام تجاری علاوه بر موارد نه گانه جمله "بنا به سفارش دارنده نام تجاری" ذکر شده باشد. | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 8- تعهد کتبی مشترک مدیر عامل کارخانه تولید و دارنده نام تجاری مبنی بر تضمین سلامت و کیفیت فرآورده مورد سفارش | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 9-فیش بانکی (اصل و تصویر)، نسخه صاحب حساب با تأييد تصوير فيش بانكي (مبلغ 1،450،000ریال بابت صدور هر قلم پروانه مواد خوراکی، آشامیدنی، مواد بسته­بندی و ظروف خوراکی و آشامیدنی\* 1،880،000ریال بابت صدور پروانه هر قلم مواد آرایشی، بهداشتی،مواد اولیه و بسته­بندی و ظروف مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی به شماره حساب ………………… نزد یکی از شعب بانک ملی) | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| 10- فرم استعلام آزمایشگاه کنترل مواد غذایی و بهداشتی استان | بلی🗆 | خیر🗆 | بلی🗆 | خیر🗆 |  |
| \*\*\*ارائه ***اصل مدارک*** جهت رؤیت و تأیید توسط کارشناس الزامی است |

**چک­لیست درخواست صدور/ تمدید یا اصلاح پروانه بهداشتی ساخت (استفاده از ظرفیت خالی)**

**بررسی اولیه مدارک در مدیریت نظارت بر مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی استان**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاریخ و ساعت رؤیت مدارک توسط کارشناس:** | **تاریخ دریافت مدارک:** | **تعداداوراق : برگ** |
|  با توجه به بررسی اولیه نوع مدارک تحویلی از سوی متقاضی  تکمیل است 🗆  ناقص است 🗆 ردیف ذکر شود: امضاء کارشناس |  موارد فوق بدون توجه به مفاد و مندرجات مدارک ارائه شده از سوی متقاضی تحویل دبیرخانه معاونت غذا و دارو گردید. امضاء مسئول دبیرخانه |