



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
معاونت غذا و دارو

تعهد نامه آموزش مقررات دارویی

اینجانب با کد ملی و شماره نظام پزشکی متعهد می گردم طی مدت ۶ ماه از زمان صدور مجوز اولیه (موافقت اصولی)/ پروانه مسئولیت فنی، گواهی پذیرفته شدن در دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی براساس ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو را به معاونت / مدیریت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی ارائه کنم. در غیراینصورت شکایتی نسبت به تعلیق مجوز/ پروانه صادره تا زمان اجرای تعهد نخواهم داشت. همچنین اقرار می نمایم که از عدم امکان تمدید این تعهد آگاهم.

مهر و امضاء