



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم تبادل اطلاعات بین دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

کد مدرک :  
تاریخ صدور :  
شماره بازنگری :  
تاریخ بازنگری :  
صفحه ۱ از ۲

فرم شماره ۱-۳ :

نمایر آنی  
شماره نامه :  
تاریخ نامه :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... (ناظر بر تولید / واردات)

معاونت / مدیریت محترم غذا و دارو

احتراماً با توجه به شکایت دریافتی با مشخصات ذیل :

محصول مورد شکایت : نام تجاری محصول :

شماره پروانه ساخت / شناسه نظارت کارگاهی / پروانه بهداشتی ورود / مجوزهای بهداشتی :

نام تولید کننده / وارد کننده : کشور مبدأ :

تاریخ تولید : تاریخ انقضاء : سری ساخت محصول :

از واحد تولیدی / مؤسسه وارد کننده مذکور بازدید و نتیجه اقدام سریعاً به این معاونت / مدیریت ارسال گردد ، ضمناً از سوی این

معاونت نمونه برداری و آزمون از محصول مورد شکایت صورت گرفت و نتیجه اقدامات به شرح ذیل می باشد :

- ۱-
- ۲-
- ۳-

نام و نام خانوادگی کارکنان بررسی کننده : نام و نام خانوادگی مدیر نظارت بر مواد غذایی و بهداشتی دانشگاه.....

امضاء  
امضاء و مهر دانشگاه

نمایر آنی  
شماره نامه :  
تاریخ نامه :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... (دریافت کننده شکایت)

معاونت / مدیریت محترم غذا و دارو

احتراماً بازگشت به نامه شماره ..... مورخ..... بر اساس بررسی های به عمل آمده موارد عدم انطباق اعلام

شده :

مورد تأیید قرار نگرفت  
به شرح ذیل مورد تأیید قرار گرفت

- ۱-
- ۲-

توضیحات :

مدیر نظارت بر مواد غذایی و بهداشتی دانشگاه..... معاون غذا و دارو.....

امضاء  
امضاء

نمایر آنی  
شماره نامه :  
تاریخ نامه :

فرم شامل ۱-۳ :

تهیه کننده :	تأیید کننده :	تصویب کننده :
تاریخ :	تاریخ :	تاریخ :



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم تبادل اطلاعات بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

کد مدرک :  
تاریخ صدور :  
شماره بازنگری :  
تاریخ بازنگری :  
صفحه ۲ از ۲

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... (ناظر بر تولید / واردات)**

**معاونت / مدیریت محترم غذا و دارو**

احتراماً با توجه به شکایت دریافتی با مشخصات ذیل :

محصول مورد شکایت : نام تجاری محصول :  
شماره پروانه ساخت / شناسه نظارت کارگاهی / پروانه بهداشتی ورود / مجوزهای بهداشتی :  
نام تولید کننده / وارد کننده : کشور مبدأ :  
تاریخ تولید : تاریخ انقضاء : سری ساخت محصول :  
از واحد تولیدی / مؤسسه وارد کننده مذکور بازدید و نتیجه اقدام سریعاً به این معاونت / مدیریت ارسال گردد .

- ۱
- ۲
- ۳

نام و نام خانوادگی کارکنان بررسی کننده: نام و نام خانوادگی مدیر نظارت بر مواد غذایی و بهداشتی دانشگاه.....

امضاء  
امضاء و مهر دانشگاه

**نمابر آنی**

شماره نامه :  
تاریخ نامه :

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... (دریافت کننده شکایت)**

**معاونت / مدیریت محترم غذا و دارو**

احتراماً بازگشت به نامه شماره ..... مورخ..... بر اساس بررسی های به عمل آمده موارد عدم انطباق اعلام شده :

مورد تأیید قرار نگرفت به شرح ذیل مورد تأیید قرار گرفت

- ۱
- ۲

توضیحات :

در نظارت بر مواد غذایی و بهداشتی دانشگاه..... معاون غذا و دارو.....

امضاء  
امضاء

فرم شماره ۲-۳ :

**اداره کل نظارت بر مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی**

تهیه کننده :	تأیید کننده :	تصویب کننده :
تاریخ :	تاریخ :	تاریخ :



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

### فرم تبادل اطلاعات بین دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

کد مدرک :  
تاریخ صدور :  
شماره بازنگری :  
تاریخ بازنگری :  
صفحه ۳ از ۲

احتراماً با توجه به شکایت دریافتی با مشخصات ذیل اقدامات به شرح زیر صورت پذیرفته است :

محصول مورد شکایت : نام تجاری محصول :

شماره پروانه ساخت / شناسه نظارت کارگاهی / پروانه بهداشتی ورود / مجوزهای بهداشتی :

نام تولید کننده / وارد کننده : کشور مبدأ :

تاریخ تولید : تاریخ انقضاء : سری ساخت محصول :

شرح اقدامات :

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

نام و نام خانوادگی کارشناس بررسی کننده:

امضاء

نام و نام خانوادگی مدیر نظارت بر مواد غذایی و بهداشتی دانشگاه.....

امضاء و مهر دانشگاه

\* کلیه مکاتبات در سه قسمت بالا باید طی مدت ۲۴ ساعت به صورت نمابر فوری به دانشگاه ها و اداره کل ارسال گردد .

تهیه کننده :	تأیید کننده :	تصویب کننده :
تاریخ :	تاریخ :	تاریخ :