

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان کردستان**

**معاونت غذا و دارو**

فرم درخواست صدور/ اصلاح / تمدید پروانه ساخت و بسته بندی

1- نام و نشاني واحد توليدي

|  |
| --- |
| واحد تولیدی : آدرس کامل پستی : شناسه ملی شرکت: شماره تلفن : آدرس پست الكترونيك : نمابر : شماره ملی مدیرعامل: |

|  |  |
| --- | --- |
| نوع واحد توليدي يا بسته بندي | خوراکی و آشامیدنی 󠄀 بسته بندی 󠄀 آرايشي و بهداشتي 󠄀 |
| نوع فعاليت | توليدي و بسته بندی 󠄀 بسته بندي و ظروف 󠄀 فعاليتهاي ديگر 󠄀 |

 2- مشخصات واحد توليدي

3- پروانه ها

|  |
| --- |
| شماره و تاریخ مجوز فعالیت اقتصادی از ارگان ذیصلاح : تاریخ اعتبار(در صورت وجود) : شماره و تاریخ پروانه تاسیس و بهره برداري از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي : تاریخ اعتبار(در صورت وجود) : نوع خطوط تولیدی:  |
| نام و نام خانوادگي مسئول/ مسئولین فني | رشته و مقطع تحصيلي | شماره و تاریخ پروانه مسئول/ مسئولین فني | تاریخ اعتبار | شیفت مندرج در پروانه |
|  |  |  |  |  |
| نشاني پستی: | تلفن و آدرس ایمیل: |

4- مشخصات فرآورده

|  |
| --- |
| نام فرآورده: مورد مصرف :مشخصات ظروف بسته بندي و وزن يا حجم خالص هر بسته بندی: |

5-فرمول مواد تشکیل دهنده ترکیبات تشکيل دهنده فرآورده نهائی:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام شیمیایی به فارسی** | **نام تجاری** | **خلوص**(در صورت نیاز) | نام شیمیایی به لاتین (INCI) | CASN. | **درصد** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

نام و شماره یا شماره های ضوابط و مقررات ملی / بین المللی بهداشتی (مورد تایید سازمان غذا و دارو) مورد استناد در تهیه فرآورده:

6-روش فرآوري:

7- ويژگيهاي فيزيكي، ميكروبي و شيميايي فرآورده نهايي:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **ویژگی** | **واحد سنجش** | **محدوده قابل قبول** | **نتیجه آزمون** | **روش آزمون** |
| **کمینه** | **بیشینه** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**فرمولاسيون و ويژگيهاي فرآورده با ضوابط و مقررات ملی / بین المللی بهداشتی (مورد تایید سازمان غذا و دارو) مربوطه مطابقت دارد.**

 **نام و نام خانوادگی مسئول / مسئولین فنی : تاريج تكميل پرسشنامه: امضاء**

 آزمايشگاه كارخانه براي آزمايش فرآورده مورد تقاضا توانايي لازم را دارد.

**نام و نام خانوادگی مسئول آزمایشگاه : سمت : امضاء** وتاریخ

**رئیس اداره نظارت: امضاء** وتاریخ