

|                         |                                                                       |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کد فرم: SP-Fo-1393-0036 | فرم درخواست صدور پروانه بهداشتی<br><b>تاسیس و بهره برداری کارگاهی</b> | <br>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان<br>معاونت غذا و دارو |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                   |              |                |
|-----------------------------------|--------------|----------------|
| نام کارگاه:                       |              |                |
| نام صاحب یا صاحبان کارگاه:        |              |                |
| شماره مجوز فعالیت اقتصادی:        | تاریخ صدور:  |                |
| نام مرجع صادر کننده مجوز اقتصادی: |              |                |
| نشانی کامل پستی کارگاه:           |              |                |
| استان:                            | شهرستان:     | بخش:           |
| کد پستی:                          |              |                |
| شماره تلفن:                       | شماره نمابر: | پست الکترونیک: |

|               |                                     |                                           |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| زمینه فعالیت: | غذایی <input type="checkbox"/>      | آرایشی و بهداشتی <input type="checkbox"/> |
| نوع فرآورده:  | مواد اولیه <input type="checkbox"/> | مواد فرآیند شده <input type="checkbox"/>  |
|               |                                     | مواد بسته بندی <input type="checkbox"/>   |

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| تاریخ تکمیل فرم: | نام و نام خانوادگی صاحب / صاحبان کارگاه: |
|                  | امضاء و مهر کارگاه:                      |

رشت - چهارراه شملت - کوی بیانی - کوچه اول سمت چپ - معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی گیلان