



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان
معاونت غذا و دارو

فرم معرفی شرکت پخش و توزیع فرآورده های آرایشی بهداشتی

نوع فعالیت شرکت: تولیدی وارداتی

نام شرکت:	شناسه ملی شرکت:	
نام و نام خانوادگی مدیر عامل:	شماره تماس مدیر عامل:	مهر و امضاء:
نام و نام خانوادگی مسوول فنی:	شماره تماس مسوول فنی:	مهر و امضاء:
کشور:	استان:	شماره تلفن:
نشانی شرکت:		

نوع فعالیت شرکت پخش: سراسری استانی

نام شرکت:	شناسه ملی شرکت:	
نام و نام خانوادگی مدیر عامل:	شماره تماس مدیر عامل:	مهر و امضاء:
نام و نام خانوادگی مسوول فنی:	شماره تماس مسوول فنی:	مهر و امضاء:
کشور:	استان:	شماره تلفن:
نشانی شرکت:		

پیوست ها:

- ۱- تصویر صفحه اول و آخر قرارداد فی ما بین شرکت پخش و تامین کننده که دارای مهر و امضاء طرفین باشد.
- ۲- تصویر دستورالعمل نحوی توزیع، ردیابی و فراخوان فرآورده های آرایشی و بهداشتی شرکت پخش.
- ۳- تصویر دستورالعمل نحوی توزیع، ردیابی و فراخوان فرآورده های آرایشی و بهداشتی شرکت تامین کننده.