



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

فرم تعهدنامه

## جانشین مسوول فنی

کد فرم: SP-Fo-1393-0051

تاریخ صدور: ۹۳/۰۵/۲۵

محل الصاق  
عکس

اینجانب ..... که از تاریخ ..... مسوول فنی شرکت .....  
می باشم با اطلاع کامل از شرح وظایف محوله، سرکار خانم/ آقای .....  
با کد ملی ..... ساکن ..... دارای مدرک تحصیلی .....  
را از تاریخ ..... به مدت ..... بعنوان جانشین خود جهت فعالیت در زمینه  
..... معرفی می نمایم.

همچنین وظایف و حدود اختیارات محول شده به نامبرده به شرح ذیل می باشد:

-۱

-۲

-۳

بدهی است کلیه مسوولیت های ناشی از اقدامات ایشان در این سمت بطور تضامنی بر عهده "جانشین و اینجانب" خواهد بود و در صورتیکه خلاف اظهارات فوق ثابت شود، مسوولیت قانونی آن بر عهده هر دو بوده و اداره کل نظارت و ارزیابی فرآورده های غذایی، آرایشی و بهداشتی/ معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی گیلان حق سلب صلاحیت مسوولیت فنی اینجانب را خواهد داشت.

شماره تلفن همراه مسوول فنی	شماره تلفن همراه جانشین مسوول فنی

● جانشین مسوول فنی متعهد می گردد که هرگونه اقدام با اطلاع، آگاهی و هماهنگی مسوول فنی انجام گیرد.

نام و نام خانوادگی مدیر عامل شرکت: امضاء:	محل درج مهر شرکت:
نام و نام خانوادگی جانشین مسوول فنی: امضاء:	نام و نام خانوادگی مسوول فنی: امضاء:

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