

مرکز بهداشت شهرستان بندرگز_واحد نظارت بر مواد غذایی

فرم بررسی کارشناسی تغییر اوزان

نام و آدرس کارخانه:		نوع محصولات:	
اوزان درخواستی و جنس بسته بندی:			
شماره و تاریخ نامه ارسال مدارک:		شماره و تاریخ ثبت در معاونت غذا و دارو:	
مدارک ارسالی			
کامل	ناقص	درخواست شرکت که در آن دقیقاً اوزان درخواستی و جنس بسته بندی و نوع محصول و شماره پروانه ساخت محصول مورد نظر درج شده باشد.	
		کپی پروانه ساخت معتبر محصول مورد نظر	
مدت زمان درخواست شرکت تا ارسال به معاونت غذا و دارو:		جمع نمرات منفی:	