

بسمه تعالی

معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی زنجان

با سلام و احترام؛

اینجانب با کد ملی و شماره نظام پزشکی متعهد می‌گردم طی مدت ۶ ماه از زمان صدور پروانه مسئولیت فنی، گواهی گذراندن دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی بر اساس ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو را به معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی زنجان ارائه کنم؛ در غیر این صورت شکایتی نسبت به تعلیق پروانه صادره تا زمان اجرای تعهد نخواهم داشت. همچنین اقرار می‌نمایم که از عدم امکان تمدید این تعهد آگاهم.

تاریخ

مهر و امضاء متقاضی