



((متن تعهد نامه موضوع تبصره ماده ۷ آیین نامه))

(گواهی دوره آموزش قوانین و مقررات دارویی)

اینجانب با کد ملی و شماره نظام پزشکی متعهد می گردم طی مدت ۶ ماه از زمان صدور مجوز اولیه (موافقت اصولی) پروانه مسئولیت فنی ، گواهی پذیرفته شدن در دوره آموزش قوانین و مقررات دارویی بر اساس ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو را به معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی مشهد ارائه کنم ؛ در غیر اینصورت شکایتی نسبت به تعلیق مجوز / پروانه صادره تا زمان اجرای تعهد نخواهم داشت . همچنین اقرار می نمایم که از عدم امکان تمدید این تعهد آگاهم .