

فرم بازرسی باشگاه ورزشی - اداره فرآورده های طبیعی، سنتی و مکمل معاونت غذا و دارو شیراز

نام باشگاه:		آدرس:	
نوع باشگاه:		مردانه ☐ زنانه ☐	
نام و نام خانوادگی موسس:		کد پستی:	تلفن:
تاریخ بازرسی:		ساعت ورود:	ساعت خروج:
نام و نام خانوادگی مسئول حاضر:		کد ملی موسس:	

چک لیست ارزیابی

ردیف	شاخص ها	بلی	خیر
۱	فرآورده های دارویی مانند آمپول و قرص های هورمونی در محل وجود ندارد؟		
۲	فرآورده های مکمل مانند پودرهای ورزشی و انواع ویتامین در محل عرضه نمی شود؟		
۳	فرآورده های غیرمجاز، قاچاق و فاقد برچسب اصالت در محل وجود ندارد؟		
۴	فرآورده های تاریخ مصرف گذشته یا با تاریخ مخدوش در باشگاه وجود ندارد؟		
۵	فرآورده های مخدر و روان گردان در محل عرضه نمی گردد؟		
۶	در برنامه ورزشی ارائه شده توسط مربیان باشگاه، داروهای تستوسترون، ناندربولون و HCG وجود ندارد؟		
۷	پوستر اطلاع رسانی معاونت غذا و دارو درخصوص ممنوعیت فروش و عرضه دارو و مکمل تغذیه ای در معرض دید وجود دارد؟		
۸	آموزش های لازم جهت عدم امکان عرضه دارو و مکمل و آشنایی با فرآورده های غیرمجاز و قاچاق داده شده است؟		

توضیحات:

اقدام غیرمجاز / قاچاق توقیفی

ردیف	نام فرآورده توقیفی	تعداد	ردیف	نام فرآورده توقیفی	تعداد

مشخصات و امضاء بازرسان معاونت غذا و دارو / شبکه بهداشت و درمان	مشخصات و امضاء نمایندگان سایر سازمان ها (در صورت شرکت در برنامه بازدید و گشت مشترک)	مشخصات و امضاء موسس / متصدی