



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم تعهد توزیع کننده (سراسری / استانی) / عرضه کننده

این جانب به شماره ملی به عنوان مدیرعامل شرکت توزیع کننده (سراسری / استانی) / عرضه کننده / صاحب پروانه کسب به شماره متعهد می شوم کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله دستورالعمل اداره کل تجهیزات پزشکی را رعایت نموده و در صورت عدم رعایت دستورالعمل و مقررات فوق الذکر، اداره کل مذکور مجاز خواهد بود مطابق مقررات برخورد قانونی به عمل آورده و گواهی صادره از درجه اعتبار ساقط خواهد شد.

امضاء و اثر انگشت