

دفتر بازرسی، ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات سازمان غذا و دارو  
 فرم بازرسی از شرکت های پخش در طرح اصلاح یارانه شیرخشک های رگولار  
 معاونت غذا و داروی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی .....

نام شرکت:	نام شعبه:	تاریخ بازرسی:	ساعت بازرسی:
آدرس:			
نام و نام خانوادگی مدیر شعبه:			
نام و نام خانوادگی مسئول فنی نوبت کاری زمان بازرسی (براساس پروانه):			

شرح بازرسی

۱	مسئول فنی/قائم مقام واجد شرایط طبق پروانه و ساعات تعیین شده در شرکت حضور دارد؟	بلی	خیر
۲	آیا تعداد شیرخشک تحویل شده به شعبه استانی توسط شعبه مرکزی، با پلن اداره کل مکمل همخوانی دارد؟	بلی	خیر
۳	آیا رسوب شیر خشک در انبارها مشاهده می شود؟	بلی	خیر
۴	آیا تعداد شیرخشک فاکتور شده برای داروخانه ها با تعداد ثبت شده در سامانه تیتک همخوانی دارد؟ (چندین رسید دریافت شده از داروخانه ها بصورت رندم بررسی شود)	بلی	خیر
۵	آیا سفارش گیری از همه داروخانه های واجد شرایط تحت پوشش صورت می گیرد؟	بلی	خیر
۶	آیا فهرست داروخانه هایی که به علت عدم ثبت، سهمیه شیرخشک شان قطع شده است به شرکت ابلاغ شده است؟	بلی	خیر
۷	آیا تحویل شیرخشک به داروخانه هایی که قطع سهمیه شده اند صورت می گیرد؟	بلی	خیر

ردیف	نام شیرخشک رگولار موجود	تعداد موجودی واقعی در انبار	تعداد موجودی سیستم براساس تیتک	تعداد محصول فاکتور شده از زمان آخرین ورود محصول به انبار	تعداد داروخانه ای که از زمان آخرین ورود محصول به انبار برای آن ها فاکتور صادر شده است
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

نام، مهر و امضای مسئول فنی شعبه	مهر شعبه
نام و امضای بازرس ۱	نام و امضای بازرس ۲

توضیحات موسس/مسئول فنی/قائم مقام مسئول فنی داروخانه