



بسمه تعالی



فرم بازرسی باشگاه های ورزشی

اداره نظارت بر امور فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل، شیر خشک و غذای ویژه

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ بازرسی:	ساعت ورود:	ساعت خروج:
نام باشگاه:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:
آدرس باشگاه:		
وضعیت پروانه: ☐ دارد ☐ ندارد	شماره پروانه:	تاریخ پروانه:
مشخصات متصدی:		
نام و نام خانوادگی متصدی:	کد ملی:	
مدرک تحصیلی:	نام پدر:	
تخلف مشاهده شده در بازرسی پیشین:		
ردیف	مورد ارزیابی	وضعیت بلی خیر
۱	آیا فرآورده های دارویی مانند آمپول و قرص های هورمونی در محل باشگاه وجود داشت؟	
۲	آیا فرآورده های مکمل مانند پودرهای ورزشی، انواع ویتامین در محل باشگاه عرضه می شد؟	
۳	آیا فرآورده های قاچاق و غیرمجاز (محصولاتی بدون لیبل اصالت) در باشگاه وجود داشت؟ (در صورتی که در محل صنف کالای قاچاق کشف و ضبط گردید، صورتجلسه قاچاق تکمیل گردد.)	
۴	آیا فرآورده های مخدر و روانگردان عرضه می شود؟	
۵	آیا فرآورده های تاریخ گذشته و یا با تاریخ مخدوش در باشگاه وجود دارد؟	
۶	آیا برنامه های ورزشی ارائه شده توسط مربیان، دارای داروهایی مانند تستوسترون، اندرولون، HCG بود؟	
۷	آموزش های لازم برای عدم امکان عرضه فرآورده های دارویی و مکمل و آشنایی با فرآورده های قاچاق و غیرمجاز داده شد؟	

توضیحات بازرسان در خصوص عدم انطباق‌های مشاهده شده

[illegible]

نام بازرسین	امضا	نام مسئول باشگاه ورزشی	امضاء باشگاه ورزشی