

تاریخ بازرسی قبلی

تاریخ بازرسی فعلی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت غذا و دارو

فرم بازرسی باشگاه های ورزشی

مشخصات باشگاه

نام باشگاه:	شماره تلفن ثابت:	شماره فکس:
استان:	شهرستان:	بخش:
دهستان:	شهر:	روستا:
آدرس باشگاه:		
کد پستی:		
نام و نام خانوادگی موسس:	کد ملی موسس:	
مدرک تحصیلی:	<i>Email</i>	
شماره پروانه کسب:	وضعیت پروانه کسب:	
تاریخ پروانه:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	

ردیف	مورد ارزیابی	وضعیت		توضیحات
		بله	خیر	
1	آیا مکمل های تغذیه ای در باشگاه نگهداری شده و به فروش می رسد؟			
2	آیا مکمل های تغذیه ای خارج از فهرست رسمی اعلام شده از سوی وزارت بهداشت در باشگاه ورزشی نگهداری می شود؟			
3	آیا مکمل های خارج از شبکه در باشگاه ورزشی نگهداری می شود؟			
4	آیا باشگاه از متخصص تغذیه استفاده می کند؟			
5	آیا داروهای خارج از شبکه (مانند آنابولیک، هورمونی و ...) در باشگاه نگهداری و به فروش می رسد؟			
6	آیا داروهای خارج از فهرست رسمی وزارت بهداشت در باشگاه ورزشی نگهداری و به فروش می رسد؟			

ردیف	نام دارو / مکمل	تعداد

توضیحات باشگاه:

امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناسان:

1.

2.

ساعت خروج

ساعت ورود