شماره درخواست :

تاریخ درخواست:

**معاونت محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز**

ضمن ارائه مدارک زیر، خواهشمند است دستور فرمایید درخصوص **صدور مجوز استفاده از علامت تجاری** ....................................جهت پروانه ساخت محصول / محصولات زیر مربوط به واحد تولیدی: ......................................................... **(کارخانه  / کارگاه )** به نشانی: ........................................................................................................... و کُد نهایی ثبت منبع: ................................. و خانم/ آقای: ......................................................... مسؤول فنی با شماره تلفن همراه: ...................................... اقدام نمایند. همچنین اعلام می نمایم کلیه مدارک و مستندات ارائه شده مورد تأیید: خانم/ آقای: ...................................................... مدیر عامل/ صاحب امضاء مجاز با شماره تلفن همراه: .................................... بوده و تمام مسؤولیت و تبعات حقوقی ناشی از ارائه اطلاعات و مدارک ناقص و غلط را به صورت کامل می­پذیریم.

**با سلام و احترام،**

**نام و نام خانوادگی**

**مُهر و امضاء مدیر عامل/ صاحب امضا مجاز**

**\* توجه:** درخواست می بایست در سربرگ شرکت و با تأیید مدیر عامل یا صاحبان امضاء مجاز ارائه شود و مسؤولیت هر گونه عواقب احتمالی عدم رعایت مفاد فوق، با شخص امضاء کننده می باشد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این قسمت **توسط** متقاضی تکمیل گردد. | **1- مشخصات محصول** | | | | | | |
| **ردیف** | **نام محصول** | **علامت/ علامت های تجاری درخواستی** | **شماره پروانه ساخت** | **تاریخ اعتبار** | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| این قسمت توسط کارشناس کنترل گردد. | **ردیف** | **2- مدارک مورد نیاز** | | | | **نظریه کارشناس** | |
| **تأیید** | **عدم تأیید** |
| 1 | تصویر برابر اصل شده گواهی ثبت علامت تجاری (توسط مراجع ذیصلاح) | | | |  |  |
| 2 | تصویر پروانه های بهداشتی معتبر | | | |  |  |
| 3 | فرم تأیید تسویه حساب مالی خدمات آزمایشگاهی واحد تولیدی در سامانه **LIMS** با امضاء و مُهر آزمایشگاه کنترل غذا و دارو معاونت | | | |  |  |
| **3- توضیحات** | | | | | | |
| 1 | علاوه بر ارائه مدارک فوق به صورت فیزیکی، اسکن و تحویل کلیه موارد بر روی لوح فشرده نیز الزامی است. | | | | | |

(**توجه:** این درخواست صرفاً به منزله تحویل مدارک بوده و اقدامات بعدی منوط به بررسی و عدم وجود نواقص می باشد)

**\* دبیرخانه محترم لطفاً ثبت گردد. ** نام و امضاء کارشناس کنترل کننده مدارک: تاریخ و امضاء: