



تاریخ :

## معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

### با سلام و احترام

اینجانب ..... با کد ملی ..... و شماره نظام پزشکی ..... متعهد می گردم طی مدت ۶ ماه از زمان صدور مجوز اولیه (موافقت اصولی)/پروانه مسئولیت فنی، گواهی پذیرفته شدن در دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی بر اساس ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو را به معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ارائه کنم؛ در غیر این صورت شکایتی نسبت به تعلیق مجوز/پروانه صادره تا زمان اجرای تعهد نخواهم داشت. همچنین اقرار می نمایم که از عدم امکان تمدید این تعهد آگاهم.

مهر و امضاء

تاریخ