

فرم درخواست صدور مجوز تبلیغات کالای سلامت محور

مشخصات درخواست کننده

نام شرکت: شماره ثبت:

شناسه ملی: نام صاحب/صاحبان امضا:

تاریخ آخرین روزنامه رسمی آدرس شرکت: تاریخ آخرین روزنامه رسمی صاحبان امضا:

آدرس شرکت: تلفن شرکت:

آدرس کارخانه: فکس شرکت:

نام صاحب امضا: شماره تماس صاحب امضا (اختیاری):

نام و نام خانوادگی نماینده: شماره ملی نماینده:

شماره مستند اعطای نمایندگی: تاریخ مستند اعطای نمایندگی:

مشخصات محصول/محصولات

نام محصول ۱: شماره پروانه بهداشتی محصول ۱:

نام محصول ۲: شماره پروانه بهداشتی محصول ۲:

نام محصول ۳: شماره پروانه بهداشتی محصول ۳:

نام محصول ۴: شماره پروانه بهداشتی محصول ۴:

نام محصول ۵: شماره پروانه بهداشتی محصول ۵:

مشخصات رسانه	مشخصات پیام
<p>نوع رسانه:</p> <p>نام رسانه:</p> <p>نوع مخاطب:</p> <p>حوزه جغرافیایی انتشار:</p>	<p>نوع پیام (عکس، تیزر، فیلم، متن، صوت و ...):</p> <p>محتوای پیام:</p>

اینجانب درخواست طرح پرونده با مشخصات فوق را دارم. ضمناً مستندات مورد نیاز مطابق چک لیست به پیوست ایفاد شده است.

امضاء

تاریخ

تذکرات:

- ۱- کمیته در رد یا قبول درخواست شما مختار است.
- ۲- در صورت رد درخواست در کمیته هزینه کارشناسی عودت نخواهد شد.
- ۳- در صورت موافقت کمیته با درخواست، پس از واريز وجه مطابق تعرفه اعلامی صدور مجوز صورت می گیرد.