



لطفا اطلاعات خواسته شده را به طور کامل و دقیق تکمیل نمایید:	
مشخصات درخواست کننده:	
<input type="checkbox"/> شرکت تولید کننده	<input type="checkbox"/> شرکت وارد کننده
<input type="checkbox"/> شرکت توزیع کننده	<input type="checkbox"/> شرکت عرضه کننده
نام شرکت: شناسه ملی: نام صاحب/صاحبان امضا:	
تاریخ آخرین روزنامه رسمی آدرس شرکت: تاریخ آخرین روزنامه رسمی صاحبان امضا:	
آدرس شرکت: تلفن ثابت شرکت:	
نام و نام خانوادگی نماینده: شماره ملی نماینده: شماره تماس نماینده:	
شماره مستند اعطای نمایندگی: تاریخ مستند اعطای نمایندگی:	
مشخصات محصول/وارد کننده/توزیع کننده/عرضه کننده/تولید کننده:	
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	<input type="checkbox"/> رادیو <input type="checkbox"/> تلویزیون (تیزر یا سناریو تحویل داده شود)
	<input type="checkbox"/> تولیدات چاپ <input type="checkbox"/> برگه‌های تراک <input type="checkbox"/> کاتالو <input type="checkbox"/> بروش <input type="checkbox"/> پوس <input type="checkbox"/> دفترچه‌های راه <input type="checkbox"/> تبلیغات مندرج بر روی بسته بندی کالا <input type="checkbox"/> برچسب <input type="checkbox"/> نشریات تخصصی پزشکی <input type="checkbox"/> نشریات با مخاطب عام (پیش نمایش محتوای تبلیغات جهت بررسی کمیته تحویل داده شود)
مشخصات پیام	نام رسانه:
	تیراژ: حوزه جغرافیایی انتشار:
مشخصات پیام	نوع پیام: <input type="checkbox"/> متن <input type="checkbox"/> عکس <input type="checkbox"/> فیلم <input type="checkbox"/> صوت <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود):
	محتوای پیام:
این قسمت توسط متقاضی تکمیل شود:	
اینجانب نماینده شرکت به شناسه ملی ضمن رعایت مفاد دستورالعمل نحوه اطلاع رسانی امور پزشکی و تبلیغات و انتشار آگهی های دارویی، مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی مصوب ۱۳۹۹/۱۲/۰۱ و آگاهی از اینکه کمیته در رد یا قبول درخواست اینجانب مختار است درخواست طرح پرونده با مشخصات فوق را دارم و و متعهد می‌شوم چنانچه بر خلاف کلیه مفاد دستورالعمل فوق الذکر اقدام به بارگذاری عکس، فیلم، صوت، تصویر یا متن در تبلیغات نمایم طبق مفاد دستورالعمل کمیته تبلیغات مخیر است راسا مجوز صادره را باطل نماید. در صورت رد درخواست در کمیته هزینه کارشناسی عودت نخواهد شد. در صورت موافقت کمیته با درخواست، پس از واریز وجه مطابق تعرفه اعلامی صدور مجوز صورت می‌گیرد.	
امضاء نماینده	
تاریخ	
این قسمت توسط کارشناس نظام پزشکی تکمیل شود: (چک لیست مدارک پیوست)	
<input type="checkbox"/> فرم بدون هیچ نقصی تکمیل شده و مستندات به طور کامل از متقاضی اخذ گردید.	
<input type="checkbox"/> ضمنا تعرفه کارشناسی و صدور مجوزها مطابق با مصوبه شورای عالی به متقاضی اعلام گردید.	
نام و امضاء کارشناس/تاریخ/ امضاء	

چک لیست ویژه شرکت های تولید کننده	چک لیست ویژه شرکت های وارد کننده
<p><input type="checkbox"/> تکمیل فرم درخواست صدور مجوز تبلیغات کالاهاى سلامت محور (R8)</p> <p><input type="checkbox"/> درخواست کتبی روی سربرگ شرکت به امضاء مدیر عامل ممهور به مهر شرکت با عنوان معاونت فنی و نظارت</p> <p><input type="checkbox"/> معرفی نامه نماینده جهت انجام امور و تحویل مجوز</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر روزنامه رسمی تاسیس شرکت و آخرین تغییرات آن</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی ثبت لوگو شرکت از اداره شرکت ها</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه ساخت محصول مورد نظر</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه بهداشتی ساخت (IRC) از سوی وزارت بهداشت</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه بهره برداری محصول</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی ثبت نام تجاری هر محصول از اداره ثبت شرکت ها</p> <p><input type="checkbox"/> نمونه کالا</p> <p><input type="checkbox"/> نمونه آگهی</p> <p><input type="checkbox"/> واریز فیش بانکی کارشناسی/صدور مجوز تبلیغات به حساب جاری شماره ۱۴۰۱۴۰۱۴/۸۵ بانک ملت شعبه دانشگاه تهران کد ۶۷۳۹/۷ به نام سازمان نظام پزشکی (فیش در امور مالی ثبت گردد)</p>	<p><input type="checkbox"/> تکمیل فرم درخواست صدور مجوز تبلیغات کالاهاى سلامت محور (R8)</p> <p><input type="checkbox"/> درخواست کتبی روی سربرگ شرکت به امضاء مدیر عامل ممهور به مهر شرکت با عنوان معاونت فنی و نظارت</p> <p><input type="checkbox"/> معرفی نامه نماینده جهت انجام امور و تحویل مجوز</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر روزنامه رسمی تاسیس شرکت و آخرین تغییرات آن</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر گواهی نمایندگی شرکت مادر</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی ثبت نمایندگی با تاریخ معتبر</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه مسئول فنی شرکت و تسویه حساب ایشان</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه بهداشتی ساخت (IRC) از سوی وزارت بهداشت</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه بهره برداری محصول</p> <p><input type="checkbox"/> نمونه کالا</p> <p><input type="checkbox"/> نمونه آگهی</p> <p><input type="checkbox"/> واریز فیش بانکی کارشناسی/صدور مجوز تبلیغات به حساب جاری شماره ۱۴۰۱۴۰۱۴/۸۵ بانک ملت شعبه دانشگاه تهران کد ۶۷۳۹/۷ به نام سازمان نظام پزشکی (فیش در امور مالی ثبت گردد)</p>
*شرکت های توزیع کننده/عرضه کننده:	
<p><input type="checkbox"/> تکمیل فرم درخواست صدور مجوز تبلیغات کالاهاى سلامت محور (R8)</p> <p><input type="checkbox"/> درخواست کتبی روی سربرگ شرکت به امضاء مدیر عامل ممهور به مهر شرکت با عنوان معاونت فنی و نظارت</p> <p><input type="checkbox"/> معرفی نامه نماینده جهت انجام امور و تحویل مجوز</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر روزنامه رسمی تاسیس شرکت و آخرین تغییرات آن شامل مشخصات صاحب/صاحبان - نشانی و تاریخ تاسیس</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی ثبت لوگو شرکت از اداره شرکت ها</p> <p><input type="checkbox"/> مجوز ساخت و ورود/تولید کننده/توزیع کننده /عرضه کننده از سازمان غذا و دارو</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه بهداشتی ساخت (IRC) از سوی وزارت بهداشت</p> <p><input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه بهره برداری محصول</p> <p><input type="checkbox"/> نمونه کالا</p> <p><input type="checkbox"/> نمونه آگهی</p> <p><input type="checkbox"/> واریز فیش بانکی کارشناسی/صدور مجوز تبلیغات به حساب جاری شماره ۱۴۰۱۴۰۱۴/۸۵ بانک ملت شعبه دانشگاه تهران کد ۶۷۳۹/۷ به نام سازمان نظام پزشکی (فیش در امور مالی ثبت گردد) توضیح هزینه صدور مجوز از هزینه کارشناسی منفک بود و پس از تصویب صدور دریافت می گردد</p>	
<p>اینجانب درخواست طرح پرونده با مشخصات فوق را دارم. ضمناً مستندات مورد نیاز مطابق چک لیست بالا به پیوست ایفاد شده است.</p>	

امضاء مسئول فنی/نماینده هیأت مدیره

تاریخ