معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی تهران

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 /مدیریت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران 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