

معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

فرم بازرسی ویژه بررسی گرانفروشی و عدم عرضه دارو

نام داروخانه:	نیمه وقت <input type="radio"/> روزانه <input type="radio"/> شبانه روزی <input type="radio"/> منتخب <input type="radio"/> بیمارستانی <input type="radio"/>	تاریخ بازرسی:	شیفت صبح <input type="radio"/> شب <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/>
آدرس:			
نام و نام خانوادگی موسس/موسسین:			
نام و نام خانوادگی مسئول فنی نوبت کاری زمان بازرسی (براساس پروانه):			

شرح بازرسی

۱	مسئول فنی/ قائم مقام واجد شرایط طبق پروانه و ساعات تعیین شده در داروخانه حضور دارد؟	بلی	خیر
۲	نسخه پیچی یا عرضه دارو در غیاب یا بدون نظارت مسئول فنی صورت می پذیرد؟	بلی	خیر
۳	گرانفروشی یا اخذ تعرفه بیش از مبلغ مصوب صورت می پذیرد؟ (شرح اقلام خریداری شده در خرید نامحسوس در ذیل)	بلی	خیر
۴	داروخانه از عرضه اقلام دارویی و ارائه خدمات خودداری می نماید؟	بلی	خیر
۵	داروخانه از عرضه دارو و ارائه خدمات بصورت بیمه ای خودداری می نماید(آزاد فروشی اجباری)؟ (در صورت وجود قرارداد فعال بین داروخانه و بیمه)	بلی	خیر
۶	فروش سبدی/ نقدی و یا توقف فروش داروها توسط شرکت پخش صورت می پذیرد؟	بلی	خیر
۷	نام شرکت پخش متخلف؟		

اقلام خریداری شده در خرید نامحسوس به شرح و قیمت ذیل بوده است:

--

شرح بازرسی و توضیحات بازرسان

بازرسی در ساعت ..... ضمن رعایت کلیه اصول قانونی، اخلاقی و علمی به پایان رسید.

--

نام و امضای بازرس ۲

نام و امضای بازرس ۱

مهر داروخانه

نام، مهر و امضای مسئول فنی داروخانه

--	--

توضیحات موسس/مسئول فنی/ قائم مقام مسئول فنی داروخانه

--