

**فرم تعهد شرکت های توزیع کننده تجهیزات پزشکی**

اینجانب ..... به شماره ملی.....بعنوان مدیرعامل شرکت

توزیعی ..... متعهد می شوم کلیه آیین نامه ها و ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی از جمله ضوابط اداره کل تجهیزات پزشکی را رعایت نموده و در صورت

عدم رعایت ضوابط و مقررات فوق الذکر، اداره کل تجهیزات پزشکی مجاز خواهد بود مطابق

مقررات برخورد قانونی بعمل آورده و گواهی صادره از درجه اعتبار ساقط خواهد شد.

امضاء و اثر انگشت