**تعهدنامه ارائه گواهی قبولی در دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی**

اینجانب .................. با کد ملی .................. و شماره نظام پزشکی ...........متعهد می گردم طی مدت 6 ماه از زمان صدور مجوز اولیه (موافقت اصولی)/پروانه مسئولیت فنی، گواهی پذیرفته شدن در دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی براساس ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو را به معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ارائه کنم، در غیر این صورت شکایتی نسبت به تعلیق مجوز/پروانه صادره تا زمان اجرای تعهد نخواهم داشت همچنینی اقرار می نمایم که از عدم امکان تمدید این تعهد آگاهم.