

**فرم تعهد اصناف تجهیزات پزشکی**

اینجانب ..... به شماره ملی..... صاحب پروانه کسب به شماره ..... 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