

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

گواهی امضاء

از: دفتر خانه رسمی

شماره:

شهرستان:

به: معاونت محترم غذا و دارو یزد

بدینوسیله آقای/ خانم فرزند با کدملی

صادره از متولد

ساکن که به

عنوان مدیرعامل/متصدی واحد تولیدی می باشد و امضاء وی در

کادرذیل این برگ درج گردیده است تایید می گردد.

محل مهر دفترخانه رسمی

کادر امضاء مدیرعامل

