

"ضوابط تأسیس و اداره داروخانه"		عنوان
۱۳۹۴/۴/۳۱	تاریخ شروع	S 19-2
		شماره سند

**« پیوست شماره ۱۰ »**

**« فرم درخواست ابطال و تأسیس همزمان داروخانه در همان محل »**

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی \_\_\_\_\_

معاون/مدیر محترم غذا و دارو

بدینوسیله اینجانب / اینجانبان..... درخواست ابطال مجوز تأسیس

داروخانه خود به نام ..... با کد شماره / شماره پروانه

داروخانه..... واقع در شهر / روستا ..... خیابان

..... کوچه ..... پلاک ..... را داشته و تقاضا می گردد تا

صلاحیت خانم/آقای ..... بطور همزمان جهت تأسیس داروخانه در همان محل مورد

رسیدگی قرار گیرد. ضمناً در صورت موافقت کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه ها با درخواست

اینجانب/اینجانبان  نسبت به اخذ مفاصا حساب شرکتهای پخش دارو اقدام نموده و مسئولیت قانونی

مربوط به بدهی مالی داروخانه را تا تاریخ موافقت کمیسیون مذکور به عهده می گیرم  / می گیریم .

تاریخ :

نام و نام خانوادگی و امضای مؤسس / مؤسسین

بدینوسیله اینجانب ..... متقاضی تأسیس داروخانه در محل داروخانه

سابق..... می باشم و تقاضای بررسی صلاحیت خود به عنوان مؤسس جدید را دارم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضای متقاضی