



تاریخ :

بسمه تعالی

انجمن داروسازان ایران

Iran pharmacists Association

تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱

( جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳ )

( شعبه استان اصفهان )

شماره :

پیوست :

عنوان فرم : ثبت درخواست تأسیس داروخانه

معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان

با سلام و احترام ؛

بدینوسیله فرم تکمیل شده مربوط به داروخانه ذیل حضورتان ایفاد می گردد .

رئیس انجمن داروسازان استان اصفهان

دکتر غلامحسین صادقیان

ریاست محترم انجمن داروسازان استان اصفهان

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از .....

متولد ..... محل تولد ..... شماره ملی ..... تابعیت ..... دین .....

ساکن ..... تلفن ..... با تقدیم مدارک :

الف - تصویر مدرک تحصیلی ، ب - تصویر صفحه اول شناسنامه و در صورت داشتن توضیحات تصویر صفحه آخر ،

ج - گواهی تاریخ فارغ التحصیلی از دانشگاه محل تحصیل

د- مدارک زیر دال بر کسب حد نصاب امتیاز محل مورد تقاضا ( اشتغال و ایثارگری )

ردیف	نام دقیق محل خدمت	شهر / روستا	امتیاز محل	تاریخ شروع فعالیت	تاریخ خاتمه فعالیت	امتیاز متقاضی

متقاضی تأسیس داروخانه در موارد ذیل می باشم :

نام دقیق محل مورد تقاضا ( شهر ، روستا )	نوع فعالیت داروخانه مورد تقاضا ( روزانه ، نیمه روز ، شبانه روزی )

همچنین قبلاً مجوز تأسیس داروخانه در شهر / روستا ..... تابع شهرستان ..... دانشگاه علوم پزشکی ..... اخذ نموده و سپس مجوز آنرا ابطال نموده ام .

اینجانب ..... متعهد می شوم که اطلاعات فوق صحیح بوده و در صورت اثبات خلاف اظهارات اعلام شده ، دانشگاه مجاز به لغو مجوز صادره خواهد بود .

نام و نام خانوادگی - امضاء متقاضی