



تاریخ :
شماره :
پیوست :

بسمه تعالی
انجمن داروسازان ایران
Iran pharmacists Association
تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱
(جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳)
(شعبه استان اصفهان)

عنوان فرم : فرم درخواست ابطال و تأسیس همزمان داروخانه در همان محل
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 انجمن داروسازان استان اصفهان

بدینوسیله اینجانب / اینجانبان نام پدر درخواست ابطال
مجوز تأسیس داروخانه خود به نام با کد شماره 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 با در
خواست 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