



بسمه تعالی

انجمن داروسازان ایران

Iran pharmacists Association

تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱

(جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳)

(شعبه استان اصفهان)

تاریخ :

شماره :

پیوست :

عنوان فرم: فرم معرفی نامه جانشین موسس

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 ؛

اینجانب مؤسس داروخانه در شهر / روستا به شماره تأسیس تاریخ با توجه به اینکه از تاریخ تا تاریخ به دلیل (طبق مستندات پیوست) قادر به حضور در داروخانه نمی باشم، بدینوسیله خانم/ آقای دارای مدرک را به عنوان جانشین موسس داروخانه در مدت زمان فوق معرفی می نمایم.

مهر و امضاء موسس داروخانه

اینجانب خانم/ آقای ضمن ارائه مدرک تحصیلی، کارت ملی و شناسنامه با علم و اطلاع از ضوابط و مقررات مربوطه، حاضر به پذیرش جانشین موسس داروخانه می باشم.

مهر و امضاء متقاضی جانشین موسس و تاریخ

نظریه معاون / مدیر غذا و دارو:

با پذیرش جانشین موسس داروخانه توسط خانم/ آقای در مدت زمان مورد اشاره موافقت می گردد / نمی گردد .

مهر و امضاء