



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 محل داروخانه به منظور کارشناسی مرحله (۱)

ریاست محترم انجمن داروسازان استان اصفهان

با سلام و احترام ؛

اینجانب

شبانه روزی

تمام وقت (روزانه)

مؤسس داروخانه نیمه وقت

با نام داروخانه واقع در محل زیر را جهت :

تبدیل وضعیت داروخانه

انتقال محل داروخانه

تأسیس داروخانه

معرفی می نمایم .

خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم مبذول گردد .

تذکر : اعتبار کارشناسی مرحله اول (حتی در صورت موافقت) یک ماه می باشد .

آدرس دقیق محل معرفی شده : شهر / روستا خیابان

.....

« همکار گرامی لطفاً کروکی دقیق پائین این برگه ترسیم گردد »

تلفن :

موبایل :

نام و تاریخ و مهر و امضاء مؤسس

این قسمت توسط انجمن تکمیل می گردد : کارشناس :



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 بازدید مرحله اول از محل معرفی شده داروخانه

نام و نام خانوادگی مؤسس : نام داروخانه : (ساعات فعالیت :)

نوع تقاضا : تأسیس انتقال محل تبدیل وضعیت

آدرس فعلی داروخانه (در صورت تقاضای انتقال محل) :

آدرس دقیق محل معرفی شده (کروکی محل جدید نیز در پشت صفحه درج گردد) :

مساحت کف داروخانه : متر مربع طول و عرض داروخانه :

انبار داروخانه : زیرزمین بالکن هیچکدام

چنانچه انبار خارج از محل داروخانه باشد آدرس انبار :

نام و فاصله نزدیک ترین داروخانه :

نظریه کارشناسی : محل مورد نظر با ضوابط و آئین نامه داروخانه ها مغایرت دارد ندارد ارجاع به کمیسیون ماده ۲۰

مشمول تبصره ۴ ماده ۱۵ آیین نامه داروخانه ها می باشد نمی باشد

توضیحات کارشناس انجمن داروسازان :

تاریخ بازدید :

نام و نام خانوادگی کارشناس انجمن داروسازان : دکتر.....

نام و نام خانوادگی کارشناس معاونت غذا و دارو: دکتر.....

نام و نام خانوادگی متقاضی : دکتر.....