



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 انبار داروخانه

ریاست محترم انجمن داروسازان استان اصفهان

با سلام و احترام ؛

اینجانب

مؤسس داروخانه نیمه وقت تمام وقت (روزانه) شبانه روزی

با نام داروخانه واقع در محل زیر را جهت :

انبار داروخانه انتقال محل انبار داروخانه

معرفی می نمایم .

خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم مبذول گردد .

تذکر ۱: اعتبار کارشناسی انبار (حتی در صورت موافقت) یک ماه می باشد .

تذکر ۲: فاصله محل انبار با محل داروخانه نباید بیش از ۲۰۰ متر باشد .

آدرس دقیق محل انبار 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 :

نام و نام خانوادگی متقاضی:

نام داروخانه:

نوع تقاضا: محل انبار انتقال محل انبار

کارشناسی انبار مجزا از محل داروخانه:

۱- آدرس دقیق محل انبار:

۲- فاصله محل انبار معرفی شده تا محل اصلی داروخانه: متر

۳- مساحت کف انبار: متر مربع

۴- شرایط GSP:

۵- دماسنج

۱- لوله کشی آب

۶- یخچال (در صورت وجود داروهای یخچالی در انبار)

۲- برق

۷- بهداشتی بودن کف و دیوارها و قابل شستشو بودن کف انبار

۳- رطوبت سنج

۴- قفسه بندی

۵- کروکی محل انبار:

نظریه کارشناسی:

انبار داروخانه از نظر مسائل فنی، بهداشتی و ایمنی دارای شرایط لازم می باشد. نمی باشد.

توضیحات:

امضاء:

تاریخ بازدید:

نام و نام خانوادگی کارشناس:

امضاء:

تاریخ بازدید:

نام و نام خانوادگی متقاضی: