

بسمه تعالی

معاونت محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اینجانب فرزند..... متولد به ش ش و کد
ملی صادره به شماره شناسنامه با توجه به
موافقت شماره مورخ..... دانشکده داروسازی د ع پ اصفهان متعهد می گردم ضمن
رعایت کامل شئون اسلامی و اخلاقی کلیه وظایف مسئول فنی مندرج در ماده ۲۲ آیین نامه داروخانه ها را رعایت
نموده و مسئولیت حقوقی ناشی از تحویل دارو در ساعات تا در روزهای
..... در داروخانه را از تاریخ تا تاریخ متقبل شوم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

گواهی امضا توسط دفاتر اسناد رسمی؛