

تاریخ :	بسمه تعالی  معاونت غذا و دارو	عنوان فرم : فرم درخواست ابطال و تأسیس همزمان داروخانه در همان محل
شماره ثبت :		شماره فرم : ۵۵-۱۴-۰۲

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاون/مدیر محترم غذا و دارو

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