

تاریخ :

بسمه تعالی



عنوان فرم : فرم معرفی نامه مسئول فنی

داروخانه

شماره ثبت :

معاونت غذا و دارو

شماره فرم : ۵۵-۱۲-۰۱

معاون / مدیر محترم غذا و دارو ؛

اینجانب مؤسس داروخانه / متقاضی تأسیس در شهر / روستا

ضمن اعلام اینکه به انجام وظایف خود طبق شرح وظایف مؤسس مندرج در آئین نامه داروخانه ها خصوصاً تبادلات مالی و صدور

چک و فقط به نام اینجانب آگاه می باشم ، متعهد می شوم :

بدینوسیله خانم/آقای راجهت پذیرش مسئولیت فنی ساعت..... الی..... این داروخانه معرفی می نمایم.

امضاء و تاریخ

این قسمت توسط متقاضی پذیرش مسئولیت فنی تکمیل گردد .

مشخصات متقاضی :

نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه : محل صدور : تاریخ تولد :

محل تولد : شماره ملی : آخرین مدرک تحصیلی و تاریخ دریافت آن :

ساکن : متعهد به سکونت در محل بوده و مسئولیت

فنی داروخانه : شهرستان : به آدرس (استان : شهرستان : شهر/روستا :

خیابان : پلاک : (در ساعات فوق را می پذیرم / خواهم پذیرفت .

تذکر : در صورتیکه مجوز داروخانه صادر نگردیده باشد نیازی به تکمیل آدرس نمی باشد .

۱- سوابق اشتغال متقاضی در بخش های دولتی و غیر دولتی تا کنون به شرح زیر (ده سال اخیر)

ردیف	نوع کار	محل خدمت و آدرس	تاریخ شروع	تاریخ نامه

مهر و امضای متقاضی و تاریخ

تذکر : چنانچه صلاحیت متقاضی تا کنون توسط کمیسیون ماده ۲۰ هیچ یک از دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی تأیید نشده باشد ،

لازم است موضوع تأیید صلاحیت فنی متقاضی در کمیسیون مطرح گردد .