



Esfahan pharmacists Association

تاریخ :
شماره :
پیوست :

بسمه تعالی
انجمن داروسازان ایران
Iran pharmacists Association
تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱
(جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳)

عنوان فرم: فرم تغییر شیفت مسئول فنی داروخانه
معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان
با سلام و احترام ؛

بدینوسیله بر اساس قرارداد منعقدہ فیما بین موسس و مسئول فنی با اطلاعات ذیل ثبت شده به شماره و تاریخ همین فرم در این انجمن، فرم تکمیل شده مربوط به داروخانه ذیل حضورتان ایفاد می گردد .

رئیس انجمن داروسازان استان اصفهان
دکتر محمدرضا آذربایجانی

ریاست محترم انجمن داروسازان استان اصفهان ؛

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 (فقط به نام اینجانب) آگاه می باشم، متعهد می شوم: خانم/ آقای راجعت پذیرش مسئولیت فنی از تاریخ تا از ساعت تا و همچنین تا این داروخانه معرفی می نمایم.

مهر و 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 :
مذهب: اسلام کلیمی مسیحی زرتشت

شهر/ روستا : خیابان : پلاک : (در ساعات فوق را می پذیرم / خواهیم پذیرفت .
شهرستان : به آدرس (استان : شهرستان :

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

سوابق اشتغال متقاضی در بخش های دولتی و غیر دولتی تا کنون به شرح زیر (پنج سال اخیر) :

ردیف	نوع کار	محل خدمت و آدرس	تاریخ شروع	تاریخ نامه

تعهد نامه : متعهد می گردم در ساعاتی که در این داروخانه معرفی شده ام در شرکت و یا داروخانه دیگری مشغول فعالیت نبوده و نیز پروانه ای صادر

نگردیده است . همچنین متعهد می شوم بیش از ۱۲ ساعت در طول ساعات شبانه روز در محلی برای اینجانب پروانه صادر نگردیده است .

نام و مهر و امضای متقاضی و تاریخ