

بسمه تعالی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

انجمن داروسازان ایران  
Iran pharmacists Association  
تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱  
( جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳ )  
( شعبه استان اصفهان )



Esfahan pharmacists Association

« فرم درخواست ابطال داروخانه »

معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان  
با سلام و احترام ؛

بدینوسیله 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

با سلام و احترام ؛

اینجانب دکتر ..... مؤسس داروخانه ..... تقاضای

ابطال داروخانه خود را از تاریخ ..... بدلیل .....

اعلام می دارم .

خواهشمندم با تقاضای ابطال داروخانه اینجانب موافقت فرمایید .

با سپاس فراوان

دکتر.....

تاریخ و مهر و امضاء