



Esfahan pharmacists Association

بسمه تعالی

انجمن داروسازان ایران

Iran pharmacists Association

تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱

( جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳ )

( شعبه استان اصفهان )

تاریخ :

شماره :

پیوست :

عنوان فرم : فرم درخواست انتقال 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 انجمن داروسازان استان اصفهان

بدینوسیله اینجانب / اینجانبان ..... نام پدر ..... درخواست انتقال داروخانه خود به نام ..... با شماره پروانه تأسیس ( مجوز بهره برداری ) داروخانه ..... واقع در شهر / روستا ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... را به آقای / خانم ..... داشته و تقاضا می گردد تا صلاحیت خانم / آقای ..... به عنوان مؤسس جدید داروخانه مورد رسیدگی قرار گیرد . ضمناً در صورت موافقت کمیسیون قانونی با درخواست اینجانب  اینجانبان  سبب به اخذ مفاصا حساب انجمن صنعت پخش اقدام خواهیم نمود.

تاریخ

نام و نام خانوادگی و مهر و امضای مؤسس / مؤسسين

بدینوسیله اینجانب / اینجانبان ..... فرزند ..... با کد ملی ..... متقاضی بررسی صلاحیت خود به عنوان مؤسس و دریافت مجوز بهره برداری داروخانه می باشم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و مهر و امضای متقاضی