



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 معرفی نامه جانشین موسس

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 ؛

اینجانب ..... مؤسس داروخانه ..... در شهر / روستا ..... به شماره پروانه تأسیس ( مجوز بهره برداری )  
..... تاریخ ..... با توجه به اینکه از تاریخ ..... تا تاریخ ..... به دلیل ..... (طبق  
مستندات پیوست) قادر به حضور در داروخانه نمی باشم، بدینوسیله خانم/ آقای ..... داروساز دارای مدرک تحصیلی ..... را  
به عنوان جانشین موسس داروخانه در مدت زمان فوق معرفی می نمایم.

مهر و امضاء موسس داروخانه

اینجانب خانم/ آقای ..... (ضمن ارائه مدرک تحصیلی داروسازی ، کارت ملی ، شناسنامه ، پذیرش حداقل یک شیفت مسئولیت فنی  
داروخانه مذکور، ارائه تعهدنامه محضری و پذیرش مسئولیت تضامنی با موسس داروخانه در حوزه وظایف و مسئولیت های موسس ) با علم و اطلاع از ضوابط  
و مقررات مربوطه، حاضر به پذیرش جانشین موسس داروخانه ..... از تاریخ ..... تا تاریخ ..... می باشم.

مهر و امضاء متقاضی جانشین موسس و تاریخ

نظریه معاون / مدیر غذا و دارو:

با پذیرش جانشین موسس داروخانه ..... توسط خانم/ آقای ..... در مدت زمان مورد اشاره موافقت می گردد/ نمی گردد.

مهر و امضاء