



Esfahan pharmacists Association

بسمه تعالی

انجمن داروسازان ایران
Iran pharmacists Association

تأسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵۱
(جامعه داروسازان سابق تأسیس ۱۳۲۳)

(شعبه استان اصفهان)

عنوان فرم: فرم معرفی نامه 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 راجهت 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: مذهب: اسلام کلیمی مسیحی تشت

آخرین مدرک تحصیلی و تاریخ دریافت آن: ساکن: متعهد به سکونت در محل جغرافیایی داروخانه

شهر/ روستا: خیابان: شهرستان: به آدرس (استان: شهرستان:

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

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