



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 محل داروخانه به منظور کارشناسی انبار داروخانه
ریاست محترم انجمن داروسازان استان اصفهان
با سلام و احترام ؛

اینجانب

مؤسس داروخانه نیمه وقت ☐ تمام وقت (روزانه) ☐ شبانه روزی ☐

با نام داروخانه واقع در محل زیر را جهت :

انبار داروخانه ☐ انتقال محل انبار داروخانه ☐

معرفی می نمایم .

خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم مبذول گردد .

تذکر ۱: اعتبار کارشناسی انبار (حتی در صورت موافقت) یک ماه می باشد .

تذکر ۲: فاصله محل انبار با محل داروخانه نباید بیش از ۲۰۰ متر باشد .

تذکر ۳: رعایت شرایط GDP انبار از جمله رعایت سرمایش و گرمایش و ... به عهده موسس داروخانه بوده و در صورت ایجاد

هر گونه مشکل در این زمینه مسئولیت آن به عهده موسس میباشد.

آدرس دقیق محل انبار معرفی شده : شهر / روستا خیابان

.....

کدپستی : (الزامی)

«همکار گرامی لطفاً کروکی دقیق پائین این برگه ترسیم گردد»

تلفن : موبایل :

نام و تاریخ و مهر و امضاء مؤسس