

« فرم اظهار نظر کمیسیون قانونی امور داروخانه ها »

موضوع مورد بررسی (در مورد ابطال مجوز و انتقال محل داروخانه و سایر موارد مرتبط با ذکر موضوع طبق آئین نامه) :
با ذکر موضوع:

مشخصات داروخانه و محل آن :

نام داروخانه : شهر، بخش، دهستان، روستا :
دانشگاه علوم پزشکی : نوع داروخانه :
تاریخ مجوز تأسیس / انتقال سرمایه : شماره و تاریخ پروانه تأسیس :

مشخصات مؤسس :

نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه : کد ملی :
تاریخ تولد : محل تولد : محل صدور :
مدرک تحصیلی : نوع درخواست :
شماره و تاریخ مجوز تأسیس : شماره و تاریخ پروانه تأسیس :

بررسی کارشناسی :

امضاء و مشخصات کارشناس :

تاریخ کارشناسی :

نظریه کمیسیون :

موضوع در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی امور داروخانه ها مطرح و نتیجه زیر حاصل گردید :

اعضاء کمیسیون :

رئیس دانشگاه : نماینده انجمن داروسازان :

معاون درمان و دارو : داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

معاون / مدیر غذا و دارو : داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان :