



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

## فرم ثبت درخواست تأسیس داروخانه

احتراماً، اینجانب	فرزند	به شماره شناسنامه	صادره از
متولد	محل تولد	شماره ملی	تابعیت:
مدرک تحصیلی		ساکن:	دین:
	تلفن:		

با تقدیم مدارک: الف - تصویر مدرک تحصیلی

ب - تصویر صفحه اول شناسنامه و در صورت داشتن توضیحات، تصویر صفحه آخر

ج - گواهی تاریخ فارغ التحصیلی از دانشگاه محل تحصیل

د- مدارک زیر دال بر کسب حد نصاب امتیاز محل مورد تقاضا (اشتغال و ایثارگری)

ردیف	نام دقیق محل خدمت	شهر / روستا	امتیاز محل	تاریخ شروع فعالیت	تاریخ خاتمه فعالیت	امتیاز متقاضی
					امتیاز ایثارگری	
					امتیاز مجموع سوابق	



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

متقاضی تأسیس داروخانه در موارد ذیل می باشم:

نام دقیق محل مورد تقاضا (شهر، روستا)	نوع فعالیت داروخانه مورد تقاضا (روزانه، نیمه روز، شبانه روزی)
۱-	
۲-	
۳-	

همچنین قبلاً مجوز تأسیس داروخانه در شهر / روستا ..... تابع شهرستان ..... دانشگاه علوم پزشکی .....  
اخذ نموده و سپس مجوز آنرا ابطال نموده ام.  
اینجانب ..... متعهد می شوم که اطلاعات فوق صحیح بوده و در صورت اثبات خلاف اظهارات اعلام شده، دانشگاه مجاز به لغو مجوز صادره خواهد بود.

نام و نام خانوادگی - امضاء متقاضی

✂

تقاضای ثبت نام خانم/آقای ..... جهت تأسیس داروخانه دریافت و به شماره ..... در تاریخ ..... در این دبیرخانه ثبت گردید.	ثبت
مهر و امضای دبیرخانه	

تذکر: هر گونه تغییر آدرس و شماره تلفن می بایست در اسرع وقت به اطلاع امور دارویی دانشگاه برسد و در صورت عدم اطلاع به دانشگاه، حقی برای متقاضی محفوظ نمی باشد.

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### « پیوست شماره ۲ »

#### « فرم بررسی تقاضای تأسیس داروخانه در کمیسیون قانونی ماده ۲۰ »

الف ( مشخصات متقاضی :

- ۱- نام :  
۲- نام خانوادگی :  
۳- شماره ملی :  
۴- کد رهگیری سامانه  
ب ( مشخصات محل مورد تقاضا جهت تأسیس داروخانه :  
۱) نام محل مورد تقاضا (به تفکیک شهر یا روستا) :

۲) جمعیت شهر یا روستای مورد تقاضا :

جمع	شبانه روزی			نیمه وقت			روزانه			۳) امکانات دارویی محل
	داخلی	داخلی	آزاد	داخلی	داخلی	آزاد	داخلی	داخلی	آزاد	
	بیمارستانی	درمانگاهی		بیمارستان	درمانگاهی		بیمارستانی	درمانگاهی		تعداد داروخانه های دایر دارای مجوز تأسیس
										تعداد داروخانه های دایر فاقد مجوز تأسیس
										تعداد مجوزهای دارای مهلت تأسیس داروخانه جهت بهره برداری در محل
										تعداد داروخانه هایی که به طور موقت تعطیل می باشند.
										جمع

۴) امکانات درمانی محل :

- تعداد مطب آزاد :  
تعداد بیمارستان :  
تعداد درمانگاه (دولتی و خصوصی):  
ج ( نوع داروخانه مورد تقاضا :  
روزانه ☐ نیمه روز ☐ شبانه روزی ☐  
نام و نام خانوادگی کارشناس تکمیل کننده فرم:  
تاریخ و امضاء :

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02		تاریخ اعتبار
	1395/07/25		
	1399/07/25		

### «پیوست شماره ۳»

\* بسمه تعالی \*

لوگو سازمان غذا و دارو      لوگو دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

« جدول اطلاعات متقاضیان تأسیس داروخانه « روازنه/شبانه روزی در شهر / روستا ... تابع شهرستان:

تا تاریخ ..... (تاریخ استعمال)

نوع داروخانه مورد تقاضا			امتیازات مربوطه						مشخصات متقاضیان به ترتیب امتیازات کسب شده تا زمان استعمال							
شبه روزی	روزانه	نیمه روز	مجموع	سابقه اشتغال	سابقه داروساز	ایثارگری	بومی بودن	مدرک	تاریخ تقاضا	محل مورد	محل تولید	نام پدر	شماره	نام خانوادگی	نام	ردیف

تذکر: در صورت درخواست داروخانه مشترک امتیازات مربوط به متقاضیان فقط مدرک تحصیلی یکی از متقاضیان که بالاترین امتیاز را دارد محاسبه و الباقی جمع امتیاز طرفین می باشد.

معاون / مدیر غذا و دارو

نام و نام خانوادگی کارشناس

امضاء و تاریخ

امضاء و تاریخ

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

### « پیوست شماره ۴ »

#### « فرم کارشناسی بازدید از محل داروخانه »

نام و نام خانوادگی مؤسس: \_\_\_\_\_ نام داروخانه: \_\_\_\_\_  
 نوع تقاضا ☐ تأسیس ☐ انتقال محل ☐  
 آدرس فعلی داروخانه (در صورت تقاضای انتقال محل): \_\_\_\_\_  
 آدرس دقیق محل معرفی شده: (کروکی محل جدید نیز در پشت صفحه درج گردد).  
 مساحت کف داروخانه \_\_\_\_\_ طول و عرض داروخانه \_\_\_\_\_  
 انبار داروخانه: ☐ زیر زمین ☐ بالکن ☐ هیچکدام ☐  
 چنانچه انبار خارج از محل داروخانه باشد آدرس انبار: \_\_\_\_\_  
 نام و فاصله نزدیکترین داروخانه: \_\_\_\_\_  
 نظریه کارشناسی: محل مورد نظر با ضوابط و آیین نامه داروخانه ها مغایرت ☐ دارد ☐ ندارد ☐  
 توضیحات: \_\_\_\_\_

امضاء

تاریخ بازدید

نام و نام خانوادگی کارشناس

تأیید و امضاء

معاون غذا و دارو (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی) / انجمن

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

شماره : .....

تاریخ : .....

### « پیوست شماره ۵ »

### « فرم اعلام نتیجه بازرسی از محل داروخانه »

جناب آقای/ سرکار خانم .....

با سلام و احترام؛

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند با درخواست کارشناسی محل مورد معرفی به

آدرس.....

جهت تأسیس/انتقال محل داروخانه موافقت بعمل آمد. لذا شایسته است حداکثر ظرف مدت ..... روز، ضمن آماده سازی محل مطابق مندرجات ذیل جهت بهره‌برداری اقدام و نتیجه را به منظور برقراری سهمیه دارویی و معرفی به سازمانهای بیمه‌گر اعلام گردد. بدیهی است در صورت عدم اعلام آمادگی جهت بهره‌برداری در مهلت مقرر تقاضای شما کان لم یکن تلقی گردیده و هیچگونه تعهدی برای این معاونت /مدیریت در حفظ محل مورد تقاضا مترتب نمی باشد. ضمناً چنانچه پس از اعلام آمادگی جهت برقراری سهمیه دارویی نسبت به انجام موارد زیر اقدام نگردیده باشد نسبت به توقف فعالیت داروخانه اقدام خواهد شد.

۱) تعبیه فضای مشاوره دارویی، مکان تهیه داروهای ساختنی و نسخه پیچی به طور مجزا

۲) آب لوله کشی

۳) یخچال (با نصب سامانه ثبت رایانه ای دما)

۴) قفسه‌بندی، میز نسخه پیچی، تابلو و رایانه جهت ثبت مشخصات نسخ همزمان با تحویل دارو

۵) بهداشتی بودن کف و دیوارها و قابل شستشو بودن کف داروخانه

۶) لوازم ساخت داروهای ترکیبی (طبق ضوابط مربوطه)

۷) وسایل گرمایش و سرمایش برای ایجاد شرایط مناسب جهت نگهداری داروها

امضاء

معاون/ مدیر غذا و دارو/ انجمن

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1395/07/25
			1399/07/25

### «پیوست شماره ۶»

#### « معرفی نامه مسئول فنی داروخانه »

معاون / مدیر محترم غذا و دارو

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 متعهد می شود:  
بدینوسیله خانم/آقای ..... را جهت پذیرش مسئولیت فنی ساعت ..... تا ..... این داروخانه معرفی می نماید.  
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 : آخرین مدرک تحصیلی و تاریخ دریافت آن :  
ساکن :  
محل بوده و مسئولیت فنی داروخانه : شهرستان : به آدرس : (استان  
شهرستان شهر/ روستا خیابان 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 بخشهای دولتی و غیر دولتی تاکنون بشرح زیر (ده سال اخیر) :



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02		تاریخ اعتبار
	1395/07/25		1399/07/25

ردیف	نوع کار	محل خدمت و آدرس آن	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

مهر و امضای متقاضی

تذکر : چنانچه صلاحیت متقاضی تاکنون توسط کمیسیون ماده ۲۰ هیچیک از دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی تأیید نشده باشد، لازم است موضوع تأیید صلاحیت فنی متقاضی در کمیسیون قانون ماده ۲۰ مطرح گردد.

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR

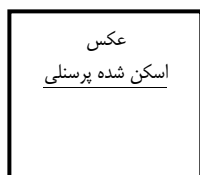




جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25
	1395/07/25		



### « پیوست شماره ۲ »

کد داروخانه : \_\_\_\_\_  
شماره پروانه : \_\_\_\_\_  
تاریخ صدور : \_\_\_\_\_

لوگو سازمان غذا و دارو      لوگو دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

« دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ----- »  
« پروانه تأسیس داروخانه ----- »

به استناد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب خرداد ماه یکهزار و سیصد و سی و چهار و اصلاحات بعدی آن و آئین نامه‌های مربوطه مدارک جناب آقای/ سرکار خانم ----- فرزند ----- متولد ----- دارای شماره شناسنامه ----- و شماره ملی ----- صادره از ----- با مدرک تحصیلی ----- در کمیسیون تاریخ ----- امور داروخانه ها مطرح و مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین به نامبرده اجازه داده می شود تا داروخانه مورد تقاضا را در استان ----- شهرستان ----- خیابان ----- با نام داروخانه ----- گدپستی ----- تأسیس نماید.

※ فعالیت داروخانه منوط به حضور مسئول فنی واجد شرایط براساس آئین نامه و ضوابط اجرایی می باشد.  
※ به استناد ماده ۳ قانون فوق الذکر و آئین نامه اجرایی، هر کس پروانه خود را واگذار نموده و یا پروانه دیگری را به هر شکل ممکن اعم از اجاره و غیره مورد استفاده قرار دهد، بلافاصله محل داروخانه از طرف دانشگاه تعطیل و پرونده به مراجع ذیصلاح ارجاع خواهد شد.  
※ این پروانه لازم است در محل مناسبی که در معرض دید باشد نصب گردد.

دکتر -----  
معاون/مدیر غذا و دارو دانشگاه

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### «ادامه پیوست شماره ۷»

وظایف مؤسس طبق آئین نامه تأسیس و اداره داروخانه ها:

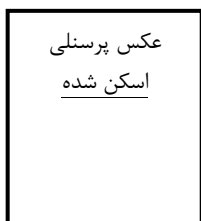
- ۱) رعایت شئون اسلامی، اخلاقی و مسایل حرفه ای در داروخانه
- ۲) اشراف بر امور داروخانه (به غیر از وظایف مسئول فنی) به طوری که شرح وظایف مؤسس را رعایت نماید.
- ۳) افتتاح حساب بانکی به نام خود و اعلام آن به شرکتهای پخش و سازمانهای بیمه گر جهت گردش مالی داروخانه از طریق حساب فوق
- ۴) اشراف بر فروش و گردش مالی داروخانه
- تبصره: داروخانه ها مجازند طبق ضوابط اقلام غیر دارویی را از طریق اینترنت به فروش برسانند.
- ۵) رعایت و اجرای نظریات و پیشنهادات فنی و بهداشتی مسئول فنی داروخانه
- ۶) تدارک و تمهیدات لازم برای تجهیز فعالیت بهینه داروخانه
- ۷) تأمین و تدارک اقلام دارویی و مواد اولیه مورد نیاز ساخت داروهای ترکیبی، شیرخشک، مکملهای غذایی، غذاهای کمکی شیرخواران، فرآورده های آرایشی، بهداشتی و لوازم مصرفی پزشکی دارویی و تجهیزات پزشکی و ملزومات دارویی مجاز از طریق شرکتهای معتبر مورد تأیید وزارت طبق ضوابط و با نظارت مسئول فنی
- ۸) تأمین کادر فنی و خدماتی واجد شرایط در داروخانه طبق ضوابط
- ۹) رعایت نظافت و بهداشت عمومی داروخانه
- ۱۰) اجرا و رعایت کلیه مقررات، ضوابط و دستورالعملها و تذکرات دانشگاه و وزارت و در صورت لزوم ابلاغ به کارکنان داروخانه
- ۱۱) تأمین لباس کار به رنگ مناسب مطابق ضوابط
- ۱۲) پرداخت به موقع حقوق و مزایای مسئول فنی و کارکنان داروخانه طبق قرارداد منعقد و قوانین مربوطه از جمله قانون کار
- ۱۳) همکاری با بازرسین دانشگاه و سازمان غذا و دارو
- ۱۴) رفع نواقص و مشکلات ابلاغی داروخانه توسط دانشگاه به نحوی که در ارزشیابی سالیانه داروخانه روند تلاش داروخانه در بهبود کیفیت خدمات ملموس باشد.
- تبصره - علاوه بر وظایف مذکور مؤسس پاسخگویی کلیه امور داروخانه باشد.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02		تاریخ اعتبار
	1395/07/25		
	1399/07/25		



### «پیوست شماره ۱»

کد داروخانه : \_\_\_\_\_  
شماره پروانه : \_\_\_\_\_  
تاریخ صدور : \_\_\_\_\_  
تاریخ اعتبار: \_\_\_\_\_

لوگو سازمان غذا و دارو لوگو دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----  
«پروانه مسئول فنی داروخانه»

با استناد قانون مربوط به امور پزشکی و دارویی مصوب خرداد ماه یکهزار و سیصد و سی و چهار و اصلاحات بعدی آن و  
آئین نامه های مربوطه صلاحیت جناب آقای / سرکار خانم ----- فرزند ----- متولد ----- دارای شناسنامه  
شماره ----- صادره از ----- دارای شماره ملی ----- با مدرک  
تحصیلی ----- داروسازی دارای شماره نظام پزشکی /انجمن ----- و گواهی تشخیص صلاحیت فنی  
شماره ----- تاریخ ----- بررسی و مورد تأیید قرار گرفت.  
لذا به نامبرده اجازه داده می شود مسئولیت فنی داروخانه ----- واقع در شهر / روستا -----  
خیابان ----- پلاک ----- گدپستی ----- در شیفت صبح ☐ عصر ☐ شب ☐ از ساعت ----- الی -----  
در روزهای ----- را برعهده گیرد.

\*مسئول فنی موظف است در کلیه ساعات یاد شده در داروخانه حضور فعال داشته و با رعایت کامل مقررات و ضوابط علمی و حرفه ای انجام وظیفه نماید.  
\* این پروانه لازم است در محلی مناسب که در معرض دید باشد نصب گردد.

دکتر -----

معاون/مدیر غذا و دارو دانشگاه

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### «ادامه پیوست شماره ۱»

◀ وظایف مسئول فنی طبق آئین نامه تأسیس و اداره داروخانه ها:

- مسئول فنی علاوه بر رعایت قوانین و مقررات موجود ملزم به رعایت ضوابط علمی و حرفه ای مربوطه می باشد.
  - (۱) حضور فعال در داروخانه در ساعات تعیین شده طبق پروانه مسئول فنی
  - (۲) کنترل نسخ و ارائه داروهای تجویز شده به بیماران طبق ضوابط و امضاء و مَمهور نمودن نسخ
  - (۳) عرضه داروهای بدون نسخه مطابق فهرست و ضوابط اعلام شده و ارائه راهنمایی دارویی برای استفاده از آنها
  - (۴) رعایت ضوابط مربوط به بسته بندی مجدد داروهای تجویز شده با ارائه توضیحات لازم و تحویل بهداشتی آنها
  - (۵) بررسی موارد ابهام و در صورت لزوم جایگزینی اقلام در نسخ تجویزی، پس از مشاوره با پزشک معالج طبق ضوابط
  - (۶) نظارت بر شرایط نگهداری داروها، شکل ظاهری، کیفیت فیزیکی و تاریخ مصرف و نحوه تدارک و عرضه داروها اعلام اشکالات مشاهده شده در داروها برابر الگوی تعیین شده از طرف سازمان
  - (۷) ساخت و ارائه داروهای ترکیبی طبق ضوابط با توجه به اصول علمی و فنی بنحوی که مانع انجام سایر وظایف قانونی وی نگردد.
  - (۸) جلوگیری از دخالت افراد غیرمجاز در امور فنی داروخانه
  - (۹) استفاده از روپوش سفید با نصب پلاک مشخصات
  - (۱۰) همکاری با بازرسین دانشگاه یا سازمان
  - (۱۱) تکمیل فرم ارزیابی فعالیت داروخانه طبق ضوابط و نگهداری در داروخانه جهت ارائه به بازرسین دانشگاه
  - (۱۲) تکمیل و ارسال پرسشنامه ها برای امور اطلاع رسانی و تحقیقاتی و یا نظارتی در ارتباط با برنامه ابلاغ شده از سوی سازمان
  - (۱۳) نظارت بر اجرای فراخوان جمع آوری داروها Recall
  - (۱۴) گزارش عوارض جانبی احتمالی داروها و مشکلات احتمالی مربوط به کیفیت داروها به دانشگاه و یا سازمان
  - (۱۵) تلاش در جهت ارتقای کیفیت ارائه خدمات به نحوی که روند بهبود در ارزشیابی سالانه داروخانه توسط دانشگاه ملموس باشد.
- تبصره:** داروسازانی که با حضور فعال خود نقش موثرتری در ارتقاء کیفیت خدمات دارویی محل خدمت خود دارند از مزایای تشویقی پیش بینی شده در ضابطه مربوطه بهره مند خواهند شد.



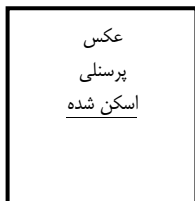
جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25
			1395/07/25

### «پیوست شماره ۹»

بسمه تعالی



عکس  
پرستلی  
اسکن شده

شماره گواهی:

تاریخ صدور:

تاریخ اعتبار:

لوگو سازمان غذا و دارو

لوگو دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

### «گواهی تشخیص صلاحیت مسئولیت فنی»

به استناد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و داروئی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب خرداد یکهزار و سیصد و سی و چهار و اصلاحیه های بعدی آن مدارک پیشنهادی خانم / آقای

دارای شماره شناسنامه

صادر از

و پروانه داروسازی / مدرک معتبر شماره

مورخ

..... کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه ها

مورخ

..... مطرح و صلاحیت نامبرده جهت مسئولیت فنی داروخانه در سراسر کشور مورد تایید قرار گرفت.

لذا پذیرش مسئولیت فنی داروخانه توسط نامبرده با رعایت کامل مقررات مربوطه و صدور پروانه مسئول فنی از طرف

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ذیربط براساس ضوابط ابلاغی از سوی اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و

مواد مخدر بلامانع خواهد بود. مدت اعتبار این گواهی با توجه به قانون آموزش مداوم گروه پزشکی (داروسازان) جهت صدور پروانه

مسئول فنی داروخانه حداکثر به مدت ۵ سال از تاریخ

..... لغایت

..... خواهد بود.

معاون غذا و دارو دانشگاه/ دانشکده

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

### «پیوست شماره ۱۰»

#### «فرم درخواست ابطال و تأسیس همزمان داروخانه در همان محل»

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

معاون/مدیر محترم غذا و دارو

بدینوسیله اینجانب / اینجانبان..... درخواست ابطال مجوز تأسیس داروخانه خود به  
نام ..... با کد شماره / شماره پروانه داروخانه..... واقع در شهر/ روستا .....  
خیابان..... کوچه ..... پلاک ..... را داشته و تقاضا می گردد تا صلاحیت  
خانم/آقای..... بطور همزمان جهت تأسیس داروخانه در همان محل مورد رسیدگی قرار گیرد. ضمناً در صورت  
موافقت کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه ها با درخواست اینجانب/اینجانبان نسبت به اخذ مفاصا حساب انجمن  
صنعت پخش اقدام نماید.

تاریخ :

نام و نام خانوادگی و امضای مؤسس / مؤسسين

بدینوسیله اینجانب ..... متقاضی تأسیس داروخانه در محل داروخانه سابق..... می باشم و تقاضای

بررسی صلاحیت خود به عنوان مؤسس جدید را دارم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضای متقاضی

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### «پیوست شماره ۱۱»

« فرم کارشناسی بازدید «از محل داروخانه داخلی (آموزشی / غیرآموزشی)»

بیمارستان..... (دولتی، خصوصی، خیریه، سایر.....)

شماره و تاریخ ثبت تقاضا:

آدرس دقیق محل بیمارستان:

تعداد تخت ثابت بیمارستانی:

• کروکی دقیق محل داروخانه در داخل بیمارستان:

مساحت کف داروخانه: طول و عرض داروخانه:

کروکی دقیق محل انبار (در صورتیکه بیمارستان دارای انبار مرکزی است محل دقیق انبار دارو و لوازم وابسته در آن مشخص گردد).

• مساحت کف انبار دارو و لوازم وابسته:

الف) فضای داروخانه دارای :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ۱- لوله کشی آب   | <input type="checkbox"/> ۷- دستگاه تهویه                         |
| <input type="checkbox"/> ۲- برق   | <input type="checkbox"/> ۸- یخچال (دارای کنترل دما)              |
| <input type="checkbox"/> ۳- تلفن  | <input type="checkbox"/> ۹- دماسنج                               |
| <input type="checkbox"/> ۴- رایانه  | <input type="checkbox"/> ۱۰- میز کار و پیشخوان                   |
| <input type="checkbox"/> ۵- قفسه بندی مناسب   | <input type="checkbox"/> ۱۱- دستشویی                             |
| <input type="checkbox"/> ۶- نور کافی  | <input type="checkbox"/> ۱۲- امکانات رفاهی و محل استراحت کارکنان |
| <input type="checkbox"/> ۱۳- بهداشتی بودن کف و دیوارها و قابل شستشو بودن کف داروخانه                    |  |
| <input type="checkbox"/> ۱۴- وسایل ایمنی (اعلام حریق اتوماتیک و کپسول آتش نشانی)                        |  |
| <input type="checkbox"/> ۱۵- در صورت داشتن بخش داروهای ترکیبی غیر استریل - فضای مناسب و لوازم ساخت کافی |  |

ب) فضای انباردارای :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ۱- قفسه بندی و پالت مناسب | <input type="checkbox"/> ۹- جلوگیری از تابش نور خورشید در پنجره ها و سقف |
|--|--|



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ۱۰- سیستم گرما و سرمای مناسب (ترجیحاً خشک)                                   | <input type="checkbox"/> ۲- سقف عایق بندی شده   |
| <input type="checkbox"/> ۱۱- دماسنج ماکزیمم و مینیمم و رطوبت سنج                                      | <input type="checkbox"/> ۳- کف محکم (ترجیحاً بتونی)   |
| <input type="checkbox"/> ۱۲- سردخانه با وسعت کافی برای داروهای خاص (دارای کنترل دما)                  | <input type="checkbox"/> ۴- دستگاه تهویه  |
| <input type="checkbox"/> ۱۳- انبار مجزا برای نگهداری مواد اولیه                                       | <input type="checkbox"/> ۵- تلفن  |
| <input type="checkbox"/> ۱۴- توری سیمی و حافظ پنجره ها  | <input type="checkbox"/> ۶- رایانه  |
| <input type="checkbox"/> ۱۵- وسایل جابجایی (لیفتراک، بالابر و چرخ دستی)                               | <input type="checkbox"/> ۷- جارو برقی صنعتی   |
| <input type="checkbox"/> ۸- وسایل ایمنی (اعلام حریق اتوماتیک و کپسول آتش نشانی و شلنگ آب در معرض دید) | <input type="checkbox"/> ۸- وسایل ایمنی (اعلام حریق اتوماتیک و کپسول آتش نشانی و شلنگ آب در معرض دید) |
- ☞ نظریه کارشناسی :

۱) محل معرفی شده برای داروخانه از نظر فضا، محل استقرار و مسایل فنی، بهداشتی و ایمنی با توجه به مقررات جاری مورد تأیید می باشد / نمی باشد.

۲) انبار دارو و لوازم وابسته از نظر داشتن فضای کافی و مسائل فنی، بهداشتی و ایمنی دارای شرایط لازم مورد تأیید می باشد / نمی باشد.

نام و نام خانوادگی کارشناس : تاریخ بازدید : امضاء :

نظر معاون / مدیر غذا و داروی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... :

محل معرفی شده جهت احداث داروخانه داخلی بیمارستان ..... با توجه به آیین نامه، ضوابط داروخانه ها و نظریه کارشناسی بازدید از محل مورد تأیید می باشد / نمی باشد.

نام و نام خانوادگی  
معاون/مدیر غذا و دارو دانشگاه .....  
تاریخ و امضاء

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02		تاریخ اعتبار
	1395/07/25		
	1399/07/25		

### «پیوست شماره ۱۲»

« فرم گزارش کارشناسی و مصوب کمیسیون قانونی ماده ۲۰ مربوط به تأسیس داروخانه »

مشخصات داروخانه و محل مورد تقاضا :

نام داروخانه  
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی  
شهر / روستا  
از توابع شهرستان  
وضعیت ارائه خدمات داروخانه

مشخصات مؤسس :

نام و نام خانوادگی  
تاریخ تولد  
شماره و تاریخ پروانه دائم / مدرک معتبر تحصیلی داروسازی  
نام پدر  
محل صدور  
مدیرک تحصیلی  
کد ملی  
محل تولد  
شماره شناسنامه  
بررسی کارشناسی :

- آخرین آمار جمعیت محل مورد تقاضا (شهر / روستا) در سالجاری با توجه به نامه شماره ----- مورخ ----- سازمان اداره کل آمار و اطلاعات استانداری
- امکانات درمانی محل (با توجه به فرم ضمیمه شماره ۲ ضوابط)
- امکانات دارویی محل (با توجه به فرم ضمیمه شماره ۲ ضوابط) به تفکیک روزانه، نیمه وقت، شبانه روزی
- فاصله محل سکونت متقاضی تا محل مورد تقاضای تأسیس داروخانه (در صورتیکه ساکن محل نباشد)
- حد نصاب امتیاز محل و تاریخ درخواست متقاضی
- تاریخ استعلام دانشگاه برای اولویت بندی متقاضیان محل
- میزان امتیاز کسب شده توسط متقاضی در تاریخ استعلام (و نوبت بندی) دانشگاه و چگونگی کسب آن
- ذکر اولویت متقاضی در میان متقاضیان محل
- ذکر سوابق قبلی تأسیس داروخانه توسط متقاضی (با قید تاریخ موافقت کمیسیون قانونی ماده ۲۰ با تأسیس و انتقال سرمایه یا ابطال مجوز آن)
- چگونگی رسیدگی به درخواست اولویت های قبلی جدول متقاضیان محل
- معرفی مسئول فنی داروخانه در حال تأسیس (با توجه به فرم ضمیمه شماره ۶ ضوابط)
- سایر موارد با توجه به شرایط درخواست مورد بررسی مانند ذکر محدوده تأسیس داروخانه در محل مورد تقاضا مطابق آیین نامه داروخانه ها می باشد.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

امضاء و مشخصات کارشناس با ذکر تاریخ :

نظریه کمیسیون :

سوابق پرونده تأسیس داروخانه ----- در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه های دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ----- مطرح و با توجه به نامه شماره ----- مورخ ----- متقاضی صلاحیت تأسیس داروخانه توسط خانم / آقای ----- مورد تأیید قرار گرفت / نگرفت.

اعضاء کمیسیون :

رئیس دانشگاه :

نماینده انجمن داروسازان :

معاون غذا و دارو :

داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

مدیر دارویی :

داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان :

توضیح : درج نام اعضاء کمیسیون در ذیل سمت آنها الزامی است.  
WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02		تاریخ اعتبار
	1395/07/25		
	1399/07/25		

### « پیوست شماره ۱۳ »

« فرم گزارش کارشناسی و مصوبات ابطال و تأسیس داروخانه بطور همزمان در همان محل »

مشخصات داروخانه و محل	نام داروخانه (عام و خاص)	شهر / روستا	از توابع شهرستان
دانشگاه علوم پزشکی	تاریخ موافقت کمیسیون قانونی ماده ۲۰ با تأسیس / ابطال و تأسیس داروخانه بطور همزمان	شماره و تاریخ پروانه تأسیس داروخانه	مشخصات مؤسس جدید
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی
تاریخ تولد	تاریخ تولد	محل تولد	محل صدور نام پدر
شماره و تاریخ پروانه دائم / مدرک معتبر تحصیلی داروسازی	شماره و تاریخ پروانه دائم / مدرک معتبر تحصیلی داروسازی	مدرک تحصیلی	کد ملی
مشخصات مؤسس قبلی	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی
تاریخ تولد	تاریخ تولد	محل تولد	محل صدور

بررسی کارشناسی

- شماره و تاریخ ثبت درخواست مؤسس در مورد ابطال مجوز داروخانه خود در دانشگاه
- حد نصاب امتیاز و جمعیت محل
- میزان امتیاز کسب شده توسط متقاضی
- ذکر تاریخ شروع به کار و مدت فعالیت داروخانه به نام مؤسس قبلی
- فاصله محل سکونت متقاضی تأسیس داروخانه (در صورتیکه ساکن محل مورد تقاضا نباشد)
- سوابق قبلی متقاضی از نظر تأسیس داروخانه (با قید تاریخ موافقت کمیسیون قانونی با تأسیس داروخانه و انتقال سرمایه یا ابطال مجوز آن)
- معرفی مسئول فنی داروخانه در حال تأسیس (با توجه به فرم ضمیمه شماره ۶ ضوابط)
- موارد مورد بررسی دیگر که بایستی بررسی و عنوان گردد.

نظریه کمیسیون : امضاء و مشخصات کارشناس با ذکر تاریخ :



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

پرونده داروخانه ----- در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امورداروخانه های دانشگاه / دانشکده  
علوم پزشکی ----- مطرح و با توجه به نامه شماره ----- مورخ ----- ضمن ابطال مجوز  
تأسیس داروخانه ----- بنام خانم / آقای ----- صلاحیت تأسیس داروخانه  
توسط خانم / آقای ----- به نام داروخانه ----- در همان محل مورد موافقت  
قرار گرفت / نگرفت.

اعضاء کمیسیون :

نماینده انجمن داروسازان :

رئیس دانشگاه :

داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

معاون غذا و دارو :

داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان :

مدیر دارویی :

توضیح : درج نام اعضاء کمیسیون در ذیل سمت آنها الزامی است.

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1395/07/25
			1399/07/25

### پیوست شماره ۱۴

#### «فرم گزارش مصوبات مربوط به مسئول فنی داروخانه»

مشخصات داروخانه و محل آن :

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

مشخصات مؤسس :

نام و نام خانوادگی  
تاریخ تولد  
مدرک تحصیلی  
شماره و تاریخ مجوز تأسیس  
مشخصات مسئول فنی :  
نام و نام خانوادگی  
تاریخ تولد  
مدرک تحصیلی  
شماره و تاریخ پروانه داروسازی  
بررسی کارشناسی :  
شماره شناسنامه  
محل تولد  
کد ملی  
محل صدور  
نوع درخواست  
شماره و تاریخ پروانه تأسیس  
ساعات کار مسئول فنی :  
۱) مشخصات نامه وارده مربوط به درخواست مؤسس (با شماره و تاریخ ثبت) برای معرفی مسئول فنی  
۲) سوابق کاری مسئول فنی معرفی شده  
۳) نوبت و ساعات پذیرش مسئولیت فنی داروخانه  
۴) وضعیت مسئولیت فنی سایر شیفت ها از نظر حضور مسئول فنی واجد شرایط

امضاء و مشخصات کارشناس: تاریخ کارشناسی :

نظریه کمیسیون :

پرونده داروخانه ----- در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی امور داروخانه های دانشگاه / دانشکده علوم



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

پزشکی ----- مطرح و با توجه به نامه شماره ----- مورخ ----- متقاضی خانم / آقای -----  
و محتویات پرونده، صلاحیت مسئولیت فنی خانم / آقای ----- جهت نوبت ----- داروخانه مذکور موافقت  
گردید ☐ نگردید ☐.

اعضاء کمیسیون :

رئیس دانشگاه :

نماینده انجمن داروسازان :

معاون غذا و دارو :

داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

مدیر دارو :

داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان  
مرکز استان :

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1395/07/25
			1399/07/25

### «پیوست شماره ۱۵»

### «فرم گزارش کارشناسی و مصوبات مربوط به تبدیل وضعیت فعالیت داروخانه»

مشخصات داروخانه و محل آن :

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

مشخصات مؤسس :

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

مشخصات مسئول فنی :

نام و نام خانوادگی  
تاریخ تولد  
مدرک تحصیلی  
شماره و تاریخ پروانه داروسازی  
شماره شناسنامه  
محل تولد  
کد ملی  
محل صدور  
ساعات کار مسئول فنی

بررسی کارشناسی :

- (۱) مشخصات نامه وارده مربوط به درخواست مؤسس (با شماره و تاریخ ثبت)
  - (۲) تعداد و نوع داروخانه های دایر در محل مورد تقاضا
  - (۳) وضعیت مسئولیت فنی شیفت جدید
  - (۴) ارائه مستندات تبدیل وضعیت داروخانه از نیمه وقت/ روزانه به شبانه روزی و برعکس
- تاریخ کارشناسی :  
امضاء و مشخصات کارشناس :  
نظریه کمیسیون :

پرونده داروخانه ----- در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه های دانشگاه / دانشکده



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

علوم پزشکی ----- مطرح و با توجه به نامه شماره ----- مورخ ----- متقاضی خانم / آقای -  
و محتویات پرونده، تبدیل وضعیت خدمات دارویی داروخانه مذکور از ----- و صلاحیت فنی خانم / آقای  
جهت نوبت ----- در همان محل مورد موافقت قرار گرفت ☒ نگرفت ☐.

اعضاء کمیسیون :

رئیس دانشگاه : نماینده انجمن داروسازان :

مدیر دارو : داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

مدیر دارو : داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان  
مرکز استان :

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

### «پیوست شماره ۱۶»

#### « فرم اظهار نظر کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امورداروخانه 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 / ابطال همزمان  
شماره و تاریخ پروانه تأسیس  
مشخصات مؤسس :

نام و نام خانوادگی  
تاریخ تولد  
مدرك تحصیلی  
شماره شناسنامه  
محل تولد  
شماره و تاریخ مجوز تأسیس  
کد ملی  
محل صدور  
بررسی کارشناسی :

امضاء و مشخصات کارشناس :

تاریخ کارشناسی :

نظریه کمیسیون :

موضوع در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه ها مطرح و نتیجه زیر حاصل گردید :

اعضاء کمیسیون :

رئیس دانشگاه :  
نماینده انجمن داروسازان :

مدیر دارو :  
داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

مدیر دارو :  
داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

### پیوست شماره ۱۷

#### تعهد نامه ملک داروخانه

اینجانب ..... فرزند ..... دارای مجوز تأسیس داروخانه به شماره .....  
مورخ ..... هرگونه مشکلات ناشی از مالکیت و تأسیس داروخانه واقع در شهرستان/شهر .....  
خیابان ..... پلاک ..... واحد ..... طبقه ..... را می پذیرم و  
در صورت هرگونه اعتراض یا شکایات احتمالی، مسئولیت و عواقب ناشی از آن را پذیرا خواهم بود و در صورت اثبات خلاف واقع  
بودن اظهارات فوق الذکر اینجانب ملزم به تعطیل و تغییر مکان و یا اخذ رضایت ظرف مدت یکماه می باشم و دانشگاه علوم  
پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ..... و اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر وزارت متبوع هیچگونه مسئولیتی  
در این مورد نخواهد داشت .

نام و نام خانوادگی

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

### پیوست شماره ۱۸

بسمه تعالی

### رضایت نامه مالکین

بدینوسیله اعلام می‌شود اینجانب ..... امضاءکننده ذیل، مالک ملک به پلاک ثبتی شماره.....  
به نشانی: ..... پلاک..... طبقه.....  
واحد ..... موافقت و رضایت کامل خود را با تأسیس داروخانه توسط آقا/خانم دکتر .....  
در طبقه..... واحد شماره ..... این نشانی اعلام می‌دارم و اعتراضی به این موضوع ندارم.

نام و نام خانوادگی

امضاء

اثر انگشت

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### پیوست شماره ۱۹

#### معرفی جانشین مؤسس

----- معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

- اینجانب ----- مؤسس داروخانه ----- به شماره پروانه تأسیس ----- تاریخ ----- با توجه به اینکه از تاریخ ----- تا تاریخ ----- بدلیل ----- (طبق مستندات پیوست) قادر به حضور در داروخانه نمی باشم. بدینوسیله خانم / آقای ----- دارای مدرک تحصیلی ----- را بعنوان جانشین مؤسس داروخانه، در مدت زمان فوق معرفی می نمایم.

مُهر و امضاء

- اینجانب خانم/آقای ----- (ضمن ارائه مدرک تحصیلی، کارت ملی و شناسنامه) با علم و اطلاع از ضوابط و مقررات مربوطه، حاضر به پذیرش جانشین مؤسس داروخانه ----- می باشم.

مُهر و امضاء

- نظریه معاون / مدیر غذا و دارو :  
با پذیرش جانشین مؤسس داروخانه ----- توسط خانم/ آقای دکتر ----- در مدت زمان مورد اشاره موافقت می گردد □ / نمی گردد □.

مُهر و امضاء

- در صورت تأیید معاون / مدیر غذا و دارو مؤسس و جانشین معرفی شده با هماهنگی دفتر حقوقی سازمان غذا و دارو (دفتر حقوقی دانشگاه به تشخیص سازمان) نسبت به ارائه تعهد نامه محضری اقدام می نمایند بدیهی است صدور مجوز فعالیت جانشین مؤسس منوط به ارائه تعهد نامه محضری می باشد.

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### پیوست شماره ۲۰

فرم بازرسی از داروخانه

لوگو سازمان غذا و دارو

لوگوی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

الف) مشخصات داروخانه :		کد GLN :		اتصال به HIX :	
نام داروخانه :				وضعیت داروخانه : <input type="checkbox"/> نیمه وقت <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی	
نوع داروخانه :		<input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> سایر .....		<input type="checkbox"/> بیمارستانی <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> آموزشی	
نام و نام خانوادگی مؤسس/مؤسسين:		کد ملی مؤسس/مؤسسين :			
کد/شماره و تاریخ پروانه تاسیس داروخانه:		شماره پروانه الکترونیک :			
آدرس داروخانه: کد پستی:					
کد تلفن ثابت/موبایل مؤسس:					
LAN/LAT مختصات جغرافیایی :				ضریب سهمیه دارویی:	
آدرس انبار داروخانه (در صورت خارج بودن از داروخانه ذکر جزئیات کامل):					
تاریخ بازرسی :		قبلی:	ساعت "ورود"		ساعت "خروج"
		فعلی:			



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

(ب) مشخصات مسئول فنی / مسئولین فنی :		
نام و نام خانوادگی مسئول فنی صبح :	کد ملی :	
نام و نام خانوادگی مسئول فنی عصر:	کد ملی :	
نام و نام خانوادگی مسئول فنی شب:	کد ملی :	
(ج) نوع همکاری با سازمانهای بیمه گر: <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> کمیته امداد امام خمینی <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر مورد) ....		
(د) بررسی وضعیت داروخانه (فنی و .....)		
۱	آیا مسئول فنی یا جانشین وی در ساعات تعیین شده طبق پروانه مسئول فنی در داروخانه حضور دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا نسخه پیچی در غیاب مسئول فنی صورت می پذیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا ساعات فعالیت داروخانه با توجه به آئین نامه داروخانه ها رعایت میگردد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا تابلوی اعلام ساعات فعالیت داروخانه در معرض دید نصب شده است؟ (به جزء داروخانه شبانه روزی)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا پروانه های تأسیس و مسئول فنی داروخانه در معرض دید نصب شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا پروانه های مسئولین فنی داروخانه تاریخ اعتبار دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا ارائه خدمات دارویی به بیماران (کنترل نسخ، مشاوره دارویی و...) بر اساس شرح وظیفه مسئول فنی مندرج در آیین نامه صورت می پذیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸	آیا دستورات دارویی مطابق فرم خدمات دارویی اجرا می شود؟ (فرم پیوست)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹	آیا افراد فاقد صلاحیت علمی و فنی در تحویل دارو به بیمار دخالت دارند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰	آیا اقلام سلامت محور (دارویی، آرایشی، بهداشتی و ...) بدون شناسه ردیابی و رهگیری کنترل اصالت در داروخانه، موجود و به فروش میرسد؟ (فهرست ضمیمه شود)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا شناسه ردیابی و رهگیری کنترل اصالت اقلام سلامت موجود در داروخانه، معتبر می باشد (فهرست ضمیمه شود)؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

۱۲	آیا اقلام دارویی و مواد اولیه گذشته در داروخانه نگهداری شده و به فروش میرسد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	آیا اقلام دارویی تاریخ گذشته و ضایعاتی جمع آوری شده بصورت مجزا و دارای برچسب مشخص میباشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۴	آیا کارکنان و مسئول فنی داروخانه از روپوش استفاده می نمایند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۵	آیا مسئول فنی از روپوش سفید با نصب پلاک مشخصات خود استفاده می نمایند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۶	آیا گرانفروشی در داروخانه مشاهده می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۷	آیا فروش دارو بدون نسخه معتبر انجام می پذیرد؟ (به جز داروهای OTC)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۸	آیا داروهای ترکیبی در داروخانه ساخته می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۹	آیا ساخت داروهای ترکیبی مطابق ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها می باشد ؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۰	آیا تهیه الکل از مراکز پخش مجاز انجام می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۱	آیا داروخانه فروش الکل مطلق به مراکز درمانی، آزمایشگاهی تحت پوشش را دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۲	آیا وضعیت ظاهری انبار از نظر نظم، نظافت و شرایط فیزیکی مناسب است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۳	آیا دماسنج و رطوبت سنج / دیتالاگر در داروخانه، انبار، یخچال و فضای اصلی داروخانه نصب شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۴	آیا ثبت دما و رطوبت در داروخانه انجام می پذیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۵	آیا شرایط نگهداری داروها در قفسه ها و یخچال از نظر نور، دما و رطوبت رعایت می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۶	آیا سیستم گرمایش و سرمایش در محل مناسب و با فاصله از قفسه های دارویی نصب شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۷	آیا بسته بندی مجدد داروها و برچسب زنی آنها بصورت بهداشتی و تحت نظارت مسئول فنی صورت می گیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۸	آیا فاکتور خرید اقلام دارویی و غیر دارویی در داروخانه موجود است ؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۹	آیا داروخانه مجوز فروش اینترنتی اقلام غیر دارویی را دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

۳۰	در صورت مثبت بودن پاسخ شماره ۲۹ آیا ضابطه و دستورالعمل مرتبط با فروش اینترنتی اقلام غیردارویی رعایت می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۱	آیا منشور حقوق بیمار در داروخانه در معرض دید نصب شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۲	آیا منشور حقوق بیمار در داروخانه رعایت می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۳	آیا بروشورها و پوسترهای اعلامی سازمان غذا و دارو در محل مناسب درج شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۴	آیا در داروخانه محلی جهت اطلاع رسانی و نصب پوسترهای اطلاع رسانی برای اقلام مجاز وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۵	آیا داروخانه شرایط لازم جهت اخذ مجوز عرضه داروهای مخدر را دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۶	آیا مؤسس و مسئول فنی همکاری لازم را با بازرسین دارند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات داروخانه در مورد تخلفات گزارش شده در این بازرسی:

توضیحات بازرسین در مورد تخلفات گزارش شده در این بازرسی (در صورت مشاهده تخلفاتی نظیر وجود داروهای تاریخ گذشته یا اقلام فاقد پروانه و مجوز در داروخانه، نوع و تعداد اقلام مذکور باید ذکر شود):

به داروخانه جهت رفع موارد تخلف گزارش شده به شرح زیر تذکر داده شده تا در مراجعه بعدی نسبت به رفع آن اقدام نماید :

(۱)

(۲)

(۳)

...بدیهی است در صورت عدم رفع موارد فوق مراتب توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه طبق آئین نامه داروخانه ها بررسی و اتخاذ تصمیم خواهد شد.

این گزارش در دو نسخه تهیه و تنظیم شده، یک نسخه نزد دانشگاه و نسخه دیگر به مسئول فنی یا مؤسس داروخانه جهت رفع نواقص تحویل گردید.





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

مهر و امضای مسئول فنی / مؤسس

نام و نام خانوادگی و امضای بازرسین :

(۱)

(۲)

تاریخ و امضاء

تائید و نظر معاون / مدیر غذا و دارو دانشگاه :

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### پیوست شماره ۲۱

#### «دستورالعمل ارزشیابی داروخانه‌های کشور»

به منظور ارتقای کیفیت ارائه خدمات دارویی در داروخانه ها و شناسایی واحدهای فعالتر در زمینه ارائه این خدمات و به جهت تشویق و ایجاد انگیزه رقابت بیشتر در ارتقاء خدمات و رعایت حقوق شهروندان و تقویت روحیه نظارتی، این دستورالعمل تنظیم گردیده است. ضمن ابلاغ مراتب از کلیه موسسین محترم داروخانه انتظار میرود تا با تلاش خود ما را در ارتقاء خدمات دارویی یاری نمایند. بدیهی است داروخانه ملزم به حفظ و ثبت ارزشیابی عملکرد خود بوده و این ارزشیابی در درجه بندی داروخانه ها برای ارائه خدمات داروخانه موثر خواهد بود.

#### \* نحوه اجرا

- ۱) ارزشیابی از کلیه داروخانه های دایر در سراسر کشور یکبار در سال صورت گرفته و امتیازات تشویقی و تنبیهی در همان سال بر امتیاز ارزشیابی موثر خواهد بود.
  - ۲) حداقل امتیاز ارزشیابی با لحاظ کردن امتیازات تشویقی و تنبیهی برای تعیین چگونگی روند ادامه فعالیت داروخانه با نظر کمیسیون، ۶۰۰ امتیاز (۶۰٪ نصاب) می باشد.
- در صورت عدم حضور مسئول فنی، داروخانه مجاز به اخذ تعرفه خدمات دارویی نمی باشد.
  - در صورت کسب امتیاز کمتر از نصاب (۴۰۰ تا ۶۰۰ امتیاز) داروخانه فقط مجاز به ارائه خدمات دارویی فقط مطابق فهرست دارویی مرکز بهداشتی درمانی (برنامه بیمه روستائی) خواهد بود.
  - در صورت کسب امتیاز کمتر از ۴۰ درصد نصاب داروخانه مجاز به ارائه خدمات دارویی و نسخه پیچی تا زمان رفع نواقص موجود و معرفی مسئول فنی واجدالشرايط با نظر کمیسیون قانونی ماده ۲۰ قانونی دانشگاه نخواهد بود.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

۳) در صورت کسب امتیازات تشویقی (بدون امتیاز تنبیهی) و ۹۰ درصد امتیاز ارزشیابی (بدون احتساب امتیاز تشویقی)، با نظر دانشگاه داروخانه مورد نظر به عنوان داروخانه نمونه معرفی و با توجه به نیاز ارائه خدمات تخصصی به عنوان داروخانه منتخب و خاص دانشگاه معرفی می گردد.

۴) فرم ارزشیابی که به پیوست می باشد براساس ارزیابی شرایط فضا، پرسنل و ارائه خدمات دارویی و غیر دارویی و شرایط ساخت داروهای ترکیبی در داروخانه و نظر کارشناسی معاونت / مدیریت غذا و دارو دانشگاه است که مجموعاً ۱۰۰۰ امتیاز به شرح زیر را شامل می شود :

فضای داروخانه	۲۰۰ امتیاز
نحوه ارائه خدمات	۶۰۰ امتیاز
شرایط نگهداری دارو و لوازم در انبار	۵۰ امتیاز
شرایط ساخت داروهای ترکیبی	۵۰ امتیاز
نظر کارشناسی معاونت غذا و دارو	۱۰۰ امتیاز
مجموع امتیازات ارزشیابی	۱۰۰۰ امتیاز

* امتیازات مثبت ارزشیابی (هرکدام ۵۰ امتیاز) *
<p>۱) فضای داروخانه</p> <p>افزایش مساحت کف و با در نظر گرفتن فضای مشاوری، پوشیدن روپوش برای داروخانه های دایر قبلی و نصب اتیکت مسئول فنی، مکانیزاسیون</p> <p>۲) ارائه ثبت اطلاعات خدمات <b>OTC</b> در برنامه نرم افزاری</p> <p>۳) ارائه به موقع اطلاعات نسخ بیمه و آزاد ثبت و عوارض ناخواسته دارویی به دانشگاه</p> <p>۴) حضور فعال مسئول فنی</p> <p>۵) هرگونه فعالیت که منجر به ارتقای کیفیت خدمات دارویی شود.</p>
* امتیازات منفی ارزشیابی (هرکدام ۵۰ امتیاز) *



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

۱) عدم حضور فیزیکی مسئول فنی در ساعات مقرر
۲) عدم حضور فعال (علمی) مسئول فنی در ساعات مقرر
۳) نگهداری یا عرضه داروهای غیر مجاز در داروخانه
۴) نگهداری یا وجود داروهای تاریخ گذشته در داروخانه
۵) وجود تخلفات خاص در داروخانه، مانند عرضه غیر مجاز داروهای مخدر، روانگردان، سقط جنین و داروهای غیر <i>OTC</i> بدون نسخه معتبر
۶) پیچیدن نسخه و دریافت تعرفه در غیاب مسئول فنی
۷) انبوه سازی داروهای ترکیبی



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### « فرم ارزشیابی داروخانه در سال ----- »

« دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ----- »

نام داروخانه : کد داروخانه/ شماره پروانه داروخانه:

نام و نام خانوادگی مؤسس : کد ملی مؤسس:

وضعیت ارائه خدمات دارویی : ☐ نیمه وقت صبح ☐ نیمه وقت عصر ☐ روزانه ☐ شبانه روزی

شماره و تاریخ مجوز تأسیس داروخانه :

شماره و تاریخ پروانه تأسیس داروخانه

استان : شهرستان : بخش :  
محل داروخانه واقع در : دهستان : شهر : روستا :

آدرس دقیق محل داروخانه

تلفن داروخانه : فاکس : **E.Mail :**

کروکی دقیق محل داروخانه :

نوع داروخانه : ☐ حقیقی ☐ حقوقی (با ذکر نام)  
☐ دولتی ☐ داخلی درمانگاهی ☐ خیریه

ساعات دقیق فعالیت داروخانه : صبح ----- عصر ----- شب -----

کد ملی و نام و نام خانوادگی مسئولین فنی تمام ساعات فعالیت داروخانه (با توجه به پروانه های مسئولیت فنی نصب شده در داروخانه) :



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

(۴)

(۲)

ملاحظات :

ردیف	موضوع گزارش گیری در برنامه نرم افزاری مربوطه	موضوع ارزشیابی در داروخانه	حداکثر امتیاز	امتیاز کسب شده
فضای داروخانه				
۱	(۱) نصب تابلوی پروانه تأسیس و مسئول فنی در داروخانه (۵ امتیاز)	(۱) نصب پروانه تأسیس معتبر	۲	
		(۲) نصب پروانه مسئول فنی معتبر	۳	
	(۲) رعایت شرایط نگهداری داروها در قفسه $(25 \pm 2^{\circ}C)$ و یخچال $(5 \pm 3^{\circ}C)$ (۴۰ امتیاز)	(۳) رعایت دمای مناسب برای نگهداری داروها	۲۰	
		(۴) نگهداری داروها دور از تابش مستقیم آفتاب	۱۰	
		(۵) نگهداری داروهای یخچالی در یخچال	۱۰	
	(۳) وجود دماسنج و دیتالاگر (۱۵ امتیاز)	(۶) دماسنج سالم و در جای مناسب نصب شده	۵	
		(۷) دیتالاگر در یخچال	۵	
		(۸) وجود مستندات دیتالاگر	۵	
	(۴) رعایت نظافت و بهداشت عمومی (۲۰ امتیاز)	(۹) رعایت نظافت و بهداشت عمومی (۲۰ امتیاز)	۲۰	
	(۵) فضای کافی جلوی پیشخوان جهت حضور بیماران و مراجعین (منوط به اختصاص فضا جهت رعایت حقوق بیمار) (۱۰ امتیاز)	(۱۰) فضای کافی جلوی پیشخوان جهت حضور بیماران و وجود امکانات مناسب برای مراجعین مانند صندلی	۱۰	
	(۶) تابلوی مناسب برای سردرب داروخانه (۲۰ امتیاز)	(۱۱) درج نام موسس	۱۰	
		(۱۲) بدون تبلیغات	۱۰	
	(۷) داشتن کپسول آتش نشانی (۱۰ امتیاز)	(۱۳) کپسول شارژ شده	۱۰	



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02		تاریخ اعتبار
	1395/07/25		
	1399/07/25		

۸) قفسه بندی و چیدمان مناسب دارو در داروخانه (۱۰ امتیاز)	۱۴) قفسه بندی و چیدمان مناسب دارو در داروخانه	۱۰	
۹) فضای مشاوره با بیماران و محل مجزای ارائه خدمات (۲۰ امتیاز)	۱۵) فضای مشاوره با بیماران و محل مجزای ارائه خدمات	۲۰	
۱۰) فضای تفکیک شده ساخت داروی ترکیبی در داروخانه (۱۰ امتیاز)	۱۶) فضای تفکیک شده ساخت داروی ترکیبی در داروخانه	۱۰	
۱۱) نصب ساعات فعالیت داروخانه در معرض دید عموم (۵ امتیاز)	۱۷) نصب ساعات فعالیت داروخانه در معرض دید عموم	۵	
۱۲) عدم نصب آگهی تبلیغاتی نامناسب در داروخانه (۲۰ امتیاز)	۱۸) عدم نصب آگهی تبلیغاتی نامناسب در داروخانه	۲۰	
۱۳) وجود تابلوی نسخه پیچی نداریم (۵ امتیاز)	۱۹) وجود تابلوی نسخه پیچی نداریم (هنگام عدم حضور مسئول فنی)	۵	
۱۴) نصب شماره تلفن رسیدگی به شکایات توسط دانشگاه (۵ امتیاز)	۲۰) نصب شماره تلفن رسیدگی به شکایات توسط دانشگاه	۵	
۱۵) نصب منشور حقوق بیمار در داروخانه (۵ امتیاز)	۲۱) نصب منشور حقوق بیمار در داروخانه	۵	
مجموع			۲۰۰



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

نحوه ارائه خدمات			
۲	(۱) حضور فعال مسئول فنی و مشاوره با بیمار (۱۰۰ امتیاز)	(۱) حضور فیزیکی در داروخانه (در صورت نبودن مسئول فنی کسر ۱۰۰ امتیاز)	۵۰
		(۲) زمان مشاوره با بیمار حداقل ۲ دقیقه	۲۰
		(۳) پاسخگویی به سئوالات بیماران (تلفنی، مکتوب، ...)	۱۰
		(۴) ارزیابی ماهانه فعالیت داروخانه	۲۰
	(۲) عدم وجود داروهای خارج از فهرست داروهای رسمی ایران و سایر اقلام غیرمجاز (طبق آیین نامه داروخانه ها) و عدم فروش آن (۱۰۰ امتیاز)	(۵) عدم وجود داروی غیرمجاز	۵۰
		(۶) عدم فروش آن	۱۰
		(۷) عدم دریافت دارو از شبکه غیرمجاز توزیع	۱۰
		(۸) عدم وجود سایر اقلام غیرمجاز	۳۰
	(۳) روند مناسب نسخه پیچی (۵۰ امتیاز)	(۹) سرعت و دقت در نسخه پیچی (پایش نسخ بر اساس تداخلات دارویی، نسخه پیچی مناسب و مهر نمودن نسخه بیمار)	۱۰
		(۱۰) عدم فروش دارو بدون نسخه معتبر	۱۰
		(۱۱) نسخه پیچی صحیح OTC	۵
		(۱۲) تحویل دارو با توجه به موجودی و یا فروش اضافی	۵
		(۱۳) عدم دخالت غیرمسئول فنی در نسخه پیچی	۱۰
		(۱۴) نسخه پیچی در زمان عدم حضور مسئول فنی	۱۰





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

۱۰	۱۵) روپوش مسئول فنی و پرسنل هریک	۴) پوشیدن روپوش و نصب اتیکت برای کلیه شاغلین داروخانه (۲۰ امتیاز)
	۱۶) اتیکت مسئول فنی بر روپوش خود	
۱۰	۱۷) قیمت گذاری صحیح دارو	۵) قیمت گذاری صحیح و رعایت تعرفه های مصوب حق فنی نسخ (۳۰ امتیاز)
	۱۸) سایر اقلام	
	۱۹) رعایت تعرفه ارائه خدمات	
۱۰	۲۰) بسته بندی مجدد مناسب	۶) بسته بندی مجدد داروها (۳۰ امتیاز)
	۲۱) برچسب زنی مناسب	
	۲۲) تحویل بهداشتی دارو	
۱۰	۲۳) نصب برچسب قیمت	۷) نصب برچسب قیمت بر اقلام غیر دارویی موجود در داروخانه (۲۰ امتیاز)
	۲۴) فروش براساس قیمت مصوب	
۱۰	۲۵) ضبط سوابق نسخ دارویی بیماران	۸) دارا بودن رایانه و ارائه خدمات مکانیزه به بیماران (۵۰ امتیاز)
	۲۶) ثبت نسخ آزاد بیماران	
	۲۷) اطلاعات دارویی و مشاوره مکانیزه	
	۲۸) به روز بودن اطلاعات نسخ	
۲۰	۲۹) وجود کتب یا منابع داروسازی مورد نیاز داروخانه جهت به روزسازی اطلاعات ارائه شده به مراجعین و منابع مورد نیاز ساخت داروهای ترکیبی	۹) وجود کتب یا منابع داروسازی مورد نیاز در داروخانه جهت به روزسازی اطلاعات ارائه شده به مراجعین و منابع مورد نیاز ساخت داروهای ترکیبی (۲۰ امتیاز)
۱۰	۳۰) نگهداری صحیح اسناد و مدارک خدمات داروخانه (فاکتور خرید اقلام دارویی و غیر دارویی،.....)	۱۰) نگهداری صحیح اسناد و مدارک خدمات داروخانه (فاکتور خرید اقلام دارویی و غیر دارویی،.....) (۱۰ امتیاز)



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

۱۱) حضور موسس حقیقی حداقل در یک شیفت فعالیت داروخانه (انجام وظایف طبق آیین نامه) (۵۰ امتیاز)	۳۱) حضور موسس حقیقی حداقل در یک شیفت فعالیت داروخانه (انجام وظایف طبق آیین نامه)	۵۰	
۱۲) عدم نگهداری و فروش داروهای تاریخ گذشته در داروخانه (۵۰ امتیاز)	۳۲) عدم نگهداری و فروش داروهای تاریخ گذشته در داروخانه	۵۰	
۱۳) رعایت شئون حرفه ای و اخلاقی توسط کلیه پرسنل داروخانه (۱۰ امتیاز)	۳۳) بکارگیری تکنسین آموزش دیده	۵	
	۳۴) وضعیت ظاهری و برخورد مناسب با مراجعین ۵ امتیاز	۵	
۱۴) همکاری متقابل با سازمانهای بیمه گر (۱۰ امتیاز)	۳۵) همکاری متقابل با سازمانهای بیمه گر	۱۰	
۱۵) همکاری مناسب با شرکتهای مجاز پخش دارو (۱۰ امتیاز)	۳۶) صدور چک و تیادلات مالی داروخانه فقط به نام موسس	۵	
	۳۷) عدم مشارکت در ارائه تخفیفات دارویی	۵	
۱۶) رعایت حقوق بیماران در داروخانه (۱۰ امتیاز)	۳۸) رعایت حقوق بیماران در داروخانه	۱۰	
۱۷) رعایت ساعات فعالیت داروخانه (۲۰ امتیاز)	۳۹) رعایت ساعات فعالیت داروخانه	۲۰	
۱۸) همکاری با بازرسین دانشگاه در پاسخ به سوالات و بازدید مکانهای مختلف داروخانه (۱۰ امتیاز)	۴۰) همکاری با بازرسین دانشگاه در پاسخ به سوالات و بازدید مکانهای مختلف داروخانه	۱۰	
مجموع		۶۰۰	



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان			ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها
شماره	DMNA- PHM-002		تاریخ شروع اجراء
شماره بازنگری	02		تاریخ اعتبار
	1395/07/25		
	1399/07/25		

محل ساخت داروهای ترکیبی			
۳	(۱) ساخت و کنترل نهایی فرآورده توسط داروساز مسئول (۱۵ امتیاز)	(۱) وجود مهر و امضای داروساز مسئول روی برچسب فرآورده	۵
		(۲) ساخت و نظارت توسط مسئول فنی	۱۰
	(۲) رعایت زمان ساخت داروی ترکیبی (عدم تداخل با وظایف محوله مسئول فنی) (۵ امتیاز)	(۳) رعایت زمان ساخت داروی ترکیبی	۵
	(۳) وجود میز و لوازم مناسب برای ساخت (۵ امتیاز)	(۴) وجود میز و لوازم مناسب برای ساخت	۵
	(۴) مواد اولیه برای ساخت (۱۰ امتیاز)	(۵) خرید از منابع معتبر	۵
		(۶) نگهداری مناسب مواد اولیه	۲
		(۷) رعایت تاریخ انقضا مواد اولیه	۳
	(۶) برچسب زنی مناسب (ذکر تاریخ ساخت فرآورده، ترکیبات، دستور مصرف و شرایط نگهداری و نام سازنده و نام داروخانه) (۵ امتیاز)	(۸) برچسب زنی مناسب	۵
	(۷) نظم و نظافت مکان ساخت و لوازم مربوطه (۵ امتیاز)	(۹) نظم و نظافت مکان ساخت و لوازم مربوطه	۵
	(۸) عدم انبوه سازی و رعایت شرایط نگهداری فرآورده (کنترل تاریخ ساخت فرآورده های موجود) (۵ امتیاز)	(۱۰) عدم انبوه سازی و رعایت شرایط نگهداری فرآورده	۵
مجموع			۵۰
انبار دارو و لوازم			
۴	(۱) قفسه بندی و چیدمان مناسب داروها و	(۱) قفسه بندی و چیدمان مناسب داروها	۱۰



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

لوازم (۱۰ امتیاز)	و لوازم		
(۲) نگهداری داروها در دمای مناسب دمای مناسب $2 \pm 25$ درجه سانتیگراد (۱۵ امتیاز)	(۲) نگهداری داروها در دمای مناسب	۱۵	
(۳) وجود دماسنج در انبار (۵ امتیاز)	(۳) وجود دماسنج در انبار	۵	
(۴) عدم وجود دارو خارج از فهرست رسمی داروهای ایران و لوازم و اقلام بدون مجوز یا تاریخ گذشته در انبار (۱۰ امتیاز)	(۴) عدم وجود دارو خارج از فهرست رسمی داروهای ایران و لوازم و اقلام بدون مجوز یا تاریخ گذشته در انبار	۱۰	
(۵) قابل نظافت بودن کف انبار (۱۰ امتیاز)	(۵) قابل نظافت بودن کف انبار	۱۰	
مجموع		۵۰	
(۱) همکاری با معاونت های غذا و دارو در انجام اطلاع رسانی و ثبت عوارض ناخواسته دارویی و یا سایر فعالیتها که منجر می گردد (با تایید معاونت غذا و دارو و ارائه مستندات) (۱۰۰ امتیاز)	(۱) همکاری با معاونت های غذا و دارو در انجام اطلاع رسانی و ثبت عوارض ناخواسته دارویی و یا سایر فعالیتها که منجر می گردد	۱۰۰	
جمع کل امتیازات		۱۰۰۰	

نظر بازرسین:

ارزش ریالی داروهای غیر مجاز کشف شده داروخانه (طبق لیست پیوست)
ارزش ریالی داروهای تاریخ گذشته کشف شده داروخانه (طبق لیست پیوست)

امتیازات تشویقی داروخانه (امتیاز کسب شده با قید موضوع) :
(۱)
(۲)
(۳)



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

امتیازات تنبیهی داروخانه (امتیاز کسب شده با قید موضوع) :
(۱)
(۲)
(۳)

توضیحات: در مورد نحوه پیگیری تخلف	<input type="checkbox"/> تذکر شفاهی با قید در صورتجلسه
	<input type="checkbox"/> اخطار کتبی به موسس یا مسئول فنی
	<input type="checkbox"/> ارجاع به مراجع ذی صلاح با قید نام مرجع
و سایر توضیحات: .....	

مهر داروخانه و امضای مسئول فنی

امضای بازرسین

تأیید معاون غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی .....



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

### پیوست شماره ۲۲

#### « چک لیست ارزیابی مسئولین فنی داروخانه ها »

ردیف	موضوع	جزئیات امتیاز	امتیاز		جمع امتیاز	امتیاز کسب شده
۱	تحويل دارو و ارتباط با بیمار	• حضور فعال در داروخانه در ساعات تعیین شده	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱۰	
		• کنترل نسخ و ارائه داروهای تجویزی به بیماران و راهنمایی و مشاوره به بیماران	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱۰	
		• امضا و ممهور نمودن نسخ در زمان تحويل دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۳	
		• عرضه داروهای بدون نسخه مطابق فهرست و ضوابط	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۵	
		• راهنمایی نحوه استفاده از داروهای بدون نسخه	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۵	
		• جلوگیری از دخالت افراد غیر مجاز در امور علمی و فنی	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۳	
		• استفاده از روپوش	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۳	
		• نصب اتیکت	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• عدم ارائه داروهای خارج از فهرست	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۵	
		• عدم ارائه داروهای بدون شناسه اصالت	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۵	



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

۲	نظارت بر بسته بندی مجدد داروها	• نام داروخانه / کارخانه سازنده	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• نام بیمار / نام دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۲	
		• ذکر تاریخ انقضاء	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• ذکر تعداد دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• دستور مصرف دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۲	
		• ذکر شرایط نگهداری دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• رعایت موارد بهداشتی در شمارش دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• عدم پذیرش داروهای مرجوعی بیماران	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
۳	نظارت بر شرایط نگهداری دارو در داروخانه	• نظارت بر شکل ظاهری مناسب دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• نگهداری داروها دور از تابش مستقیم آفتاب	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• وجود دماسنج یا دیتالاگر در داروخانه	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۲	
		• ثبت رطوبت و دمای مناسب برای نگهداری دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• کنترل تاریخ انقضاء داروها	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۲	
		• چیدمان مناسب داروها در داروخانه	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• رعایت نظافت و بهداشت عمومی در داروخانه	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
۴	نظارت بر شرایط نگهداری دارو	• شکل ظاهری مناسب دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	
		• استفاده اختصاصی از یخچال برای دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱	



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

	های مشمول زنجیره سرد در داروخانه	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی روزانه دیتالاگر یا دماسنج در یخچالی</li> </ul>	بلی	خیر	۲
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• اعتبارسنجی دیتالاگر</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• کنترل تاریخ انقضاء داروها</li> </ul>	بلی	خیر	۲
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• چیدمان مناسب داروها در یخچال داروخانه</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
۵	نظارت بر شرایط نگهداری دارو در انبار	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نظارت بر چیدمان مناسب داروها در انبار و شکل ظاهری مناسب دارو</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود دماسنج یا دیتالاگر</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ثبت رطوبت و دمای مناسب برای نگهداری دارو</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• کنترل تاریخ انقضاء داروها</li> </ul>	بلی	خیر	۲
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• محل نگهداری داروهای ضایعاتی</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم وجود داروهای خارج از فهرست</li> </ul>	بلی	خیر	۲
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• تدارک مواد اولیه از منابع معتبر</li> </ul>	بلی	خیر	۲
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
۶	ساخت و ارائه داروهای ترکیبی توسط مسئول فنی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• کنترل تاریخ انقضاء مواد اولیه</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• برچسب زنی مناسب بر روی داروی ترکیبی</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم انبوه سازی داروهای ترکیبی</li> </ul>	بلی	خیر	۱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
۷	همکاری با بازرسین سازمان / دانشگاه		بلی	خیر	۴
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



عنوان	ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		
شماره	DMNA- PHM-002	تاریخ شروع اجراء	1395/07/25
شماره بازنگری	02	تاریخ اعتبار	1399/07/25

۸	نظارت بر اجرای فراخوان جمع آوری دارو	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۳
۹	گزارش عوارض جانبی احتمالی داروها و مشکلات احتمال کیفیت داروها به سازمان /دانشگاه	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۳
جمع امتیازات		۱۰۰		

نظام برخورداری از سیاستهای تشویقی

الف ( امتیازات سنوات تشویقی

ردیف	درصد امتیاز کسب شده	امتیاز سنوات تشویقی
۱	۹۰ الی ۱۰۰	۳۰
۲	۸۰ الی ۸۹	۲۰
۳	۷۰ الی ۷۹	۱۵

ب ( اختصاص تقدیرنامه

۱) کسب ۹۶ الی ۱۰۰ درصد دریافت لوح تقدیر از رئیس دانشگاه و درج در سایت معاونت غذا و دارو و انجمن داروسازان

۲) کسب ۹۰ الی ۹۵ امتیاز دریافت لوح تقدیر از اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر و درج در سایت معاونت غذا و دارو و انجمن داروسازان

۳) کسب ۸۰ الی ۸۹ امتیاز دریافت لوح تقدیر از معاون غذا و دارو دانشگاه و درج در سایت معاونت غذا و دارو و انجمن داروسازان

داروسازان

تبصره :

۱) مسئولین فنی با سنوات کاری کمتر از یک سال، مشمول بند الف و ب نمی باشد.

۲) اخذ سنوات تشویقی منوط به تکمیل ۴ بار چک لیست مربوطه در یکسال می باشد.

۴) موسسینی که مسئول فنی می باشند مطابق جدول فوق امتیاز آموزش مداوم بصورت تشویقی معادل سنوات خواهد شد.

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR