

« فرم گزارش مصوبات مربوط به تبدیل وضعیت خدمات دارویی داروخانه »

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 :

مشخصات مسئول فنی :

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

بررسی کارشناسی :

- 1) مشخصات نامه وارده مربوط به درخواست مؤسس (با شماره و تاریخ ثبت)
- 2) تعداد و نوع داروخانه های دایر در محل مورد تقاضا
- 3) وضعیت مسئولیت فنی شیفت جدید
- 4) ارائه مستندات تبدیل وضعیت داروخانه از نیمه وقت/ روزانه به شبانه روزی و برعکس

امضاء و مشخصات کارشناس :

تاریخ کارشناسی :

نظر به کمیسیون :

پرونده داروخانه در جلسه مورخ کمیسیون قانونی امور داروخانه های دانشگاه / دانشکده 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 :
معاون درمان و دارو : داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :
معاون / مدیر غذا و دارو : داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان :