

« 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 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 با درخواست اینجانب / اینجانبان □ نسبت به اخذ مفاصا حساب شرکت های پخش دارو اقدام نموده و مسئولیت قانونی مربوط به بدهی مالی داروخانه را تا تاریخ موافقت کمیسیون مذکور به عهده می گیرم □ / می گیریم □.

تاریخ :

نام و نام خانوادگی و امضای مؤسس / مؤسسین

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