

«فرم کارشناسی بازدید از محل داروخانه»

نام و نام خانوادگی موسس: نام داروخانه:

نوع تقاضا تاسیس انتقال محل

آدرس فعلی داروخانه (در صورت تقاضای انتقال محل):

آدرس دقیق محل معرفی شده: (گروکی 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 مطابقت دارد ندارد

توضیحات:

نام و نام خانوادگی کارشناس تاریخ بازدید امضاء

نظریه کمیسیون قانونی ماده ۲۰ دانشگاه (در صورت لزوم به طرح موضوع در کمیسیون):

محل معرفی شده از سوی آقای / خانم..... با توجه به آیین نامه، ضوابط و نظریه کارشناسی بازدید از محل،
مورد تأیید می باشد نمی باشد

نام و امضای رئیس دانشگاه علوم پزشکی: نام و امضای نماینده انجمن داروسازان:

نام و امضای معاون درمان و دارو / معاون غذا و دارو دانشگاه نام و امضای داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه

نام و امضای مدیر غذا و دارو / دارویی دانشگاه: نام و امضای داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان
مرکز استان:

تذکره: در صورتی که موضوع انتقال یا تاسیس داروخانه نیاز به طرح در کمیسیون نداشته باشد، تأیید مراتب از سوی معاونت / مدیر غذا و داروی دانشگاه کافی می باشد.