

تاریخ:	بسمه تعالی 	عنوان فرم : فرم ثبت درخواست تاسیس داروخانه
شماره ثبت:	معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی ایلام	شماره فرم :

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

احتراماً اینجانب  
 به شماره شناسنامه  
 متولد  
 ساکن  
 محل تولد  
 صادره از  
 فرزند  
 شماره ملی

با تقدیم مدارک : الف - تصویر مدرک تحصیلی ، ب- تصویر صفحه اول شناسنامه و در صورت داشتن توضیحات ، تصویر صفحه آخر  
 ج - 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

متقاضی تاسیس داروخانه در موارد ذیل می باشم :

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

همچنین قبلاً مجوز تاسیس 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 خواهد بود .

نام و نام خانوادگی - امضاء متقاضی

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

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 .