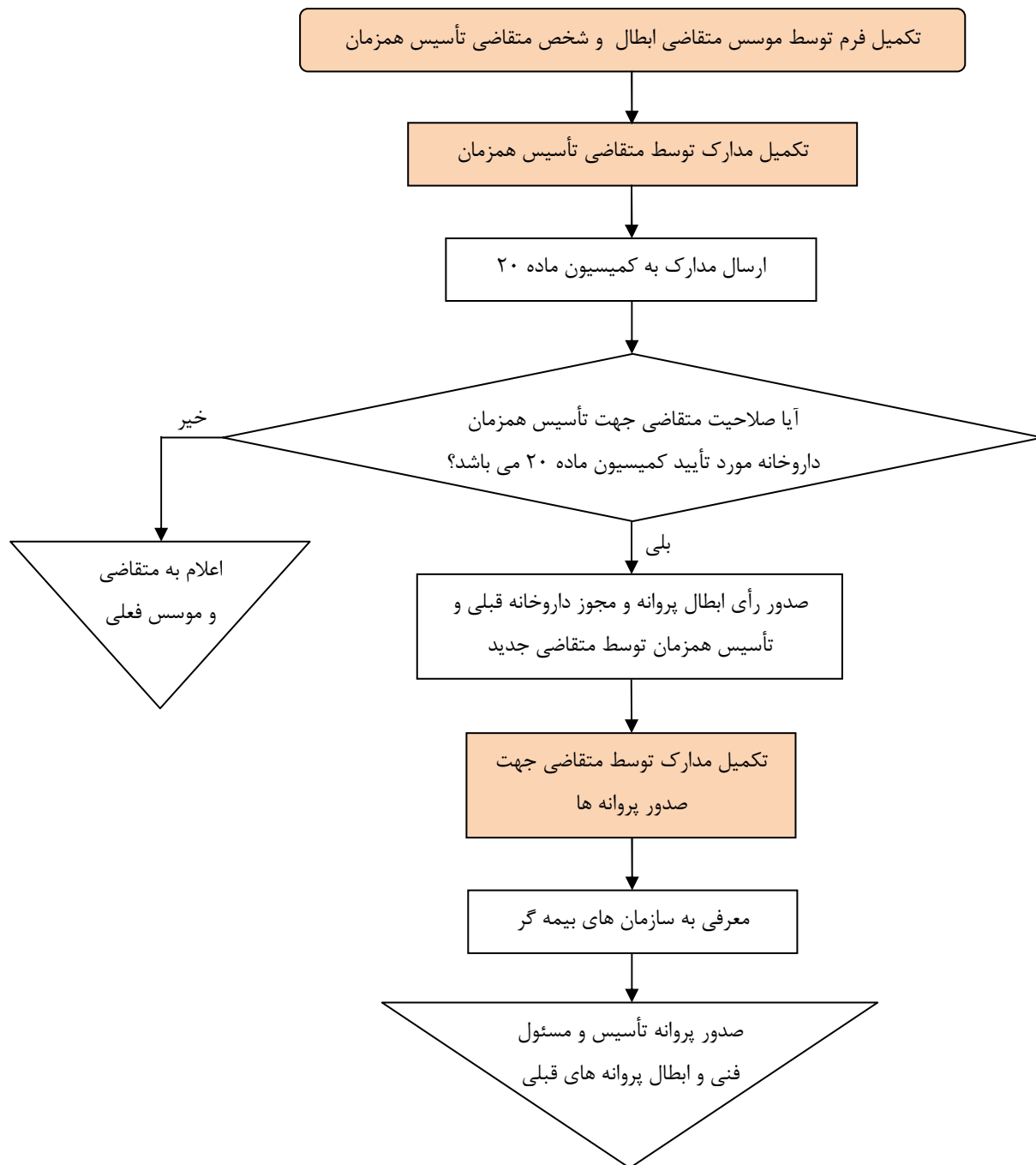


D/08 - فرآیند ابطال مجوز و تأسیس داروخانه همزمان

نمودار فرآیند

مدارک و فرم های مورد نیاز

نمودار فرآیند



مدارک و فرم های مورد نیاز

ردیف	مدارک مورد نیاز	ردیف	فرم های مورد نیاز
۱	درخواست رسمی ابطال و تاسیس همزمان (فرم 41FO 10/00)	۱	41FO 01/00
۲	اصل پروانه تاسیس و مسئول فنی داروخانه جهت ابطال	۲	41FO 06/00
۳	تصویر شناسنامه متقاضی جدید تاسیس داروخانه	۳	41FO 10/00
۴	تصویر کارت ملی متقاضی جدید تاسیس داروخانه		
۵	تصویر مدرک تحصیلی متقاضی جدید تاسیس داروخانه		
۶	فرم تأیید شده کسب امتیاز لازم محل توسط متقاضی تاسیس همزمان (فرم 41FO 01/00)		
۷	معرفی نامه مسئول فنی توسط موسس جدید (فرم 41FO 06/00)		

کد مدرک : ۰۶/۰۰ FO ۴۱

شماره ثبت دبیرخانه :

تاریخ :

کد داروخانه :

عکس

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

پروانه مسئول فنی صبح / عصر / شب داروخانه

(نیمه وقت ، تمام وقت / شبانه روزی)

شهر / روستا

نام داروخانه

باستناد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب خرداد ماه یکهزار و سیصد و سی چهار و اصلاحات بعدی آن و آئین نامه های مربوطه

متولد سال :

فرزند :

صلاحیت آقای / خانم :

و نظام پزشکی شماره :

صادره از :

شماره ملی :

دارای شماره شناسنامه :

مورخ :

و پروانه داروسازی شماره :

با مدرک تحصیلی :

بررسی و مورد تائید قرار گرفت . لذا به نامبرده اجازه داده می شود تا مسئولیت فنی داروخانه واقع

در شهر / روستا خیابان پلاک از ساعت الی را بر عهده 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 .

مدت اعتبار این پروانه با رعایت قانون آموزش مداوم گروه پزشکی (داروسازان) حداکثر به مدت سال خواهد بود .

معاون / مدیر غذا و دارو دانشگاه

فرم درخواست ابطال و تاسیس 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 تاسیس داروخانه خود به نام با کد شماره واقع در شهر / روستا خیابان کوچه پلاک را داشته و تقاضا می گردد تا صلاحیت خانم / آقای به طور همزمان جهت تاسیس 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 موسس / موسسین**

بدینوسیله اینجانب متقاضی تاسیس داروخانه در محل داروخانه سابق می باشم و تقاضای بررسی صلاحیت خود به عنوان موسس جدید را دارم .

نام و نام خانوادگی**تاریخ و امضای متقاضی**