

## «فرم کارشناسی بازدید از محل داروخانه»

نام و نام خانوادگی موسس: نام داروخانه:

نوع تقاضا  تاسیس  انتقال محل 

ادرس فعلی داروخانه (در صورت تقاضای انتقال محل):

آدرس دقیق محل معرفی شده: (کروکی 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 مغایرت 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 آئین 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:

تذکر: در صورتی که موضوع انتقال یا تأسیس داروخانه نیاز به طرح در کمیسیون نداشته باشد، تأیید مراتب از سوی معاونت /

مدیر غ\_\_\_\_\_ذا و داروی دان\_\_\_\_\_شگاه ک\_\_\_\_\_افی

می باشد.