



* بسمه تعالی *

پیوست شماره ۱ «

شماره ثبت دبیرخانه :

تاریخ :

«فرم ثبت درخواست تأسیس داروخانه»

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

احتراماً، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از

متولد محل تولد شماره ملی تابعیت: دین:

ساکن: تلفن:

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

تاریخ فارغ التحصیلی از دانشگاه محل تحصیل

د - 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
					امتیاز ایثارگری	
					امتیاز مجموع سوابق	

متقاضی تأسیس داروخانه در موارد ذیل می باشم:

نام دقیق محل مورد تقاضا (شهر، روستا)	نوع فعالیت داروخانه مورد تقاضا (روزانه، نیمه روز، شبانه‌روزی)
۱-	
۲-	
۳-	

همچنین قبلاً مجوز تأسیس داروخانه در شهر / روستا تابع شهرستان..... دانشگاه علوم پزشکی سبزوار اخذ نموده و سپس مجوز آنرا ابطال نموده‌ام.

اینجانب متعهد می شوم که اطلاعات فوق صحیح بوده و در صورت اثبات خلاف اظهارات اعلام شده، دانشگاه مجاز به لغو مجوز صادره خواهد بود.

نام و نام خانوادگی - امضاء متقاضی

✂

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

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.