بسمه تعالی

ضمیمه شماره ۱ **شماره ثبت دبیرخانه :**

« فرم ثبت درخواست تاسیس داروخانه »

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی .....

احتراما، اینجانب فرزند به شماه شناسنامه صادره از

متولد محل تولد شماره ملی تابعیت : دین:

ساکن : تلفن :

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

ج- گواهی تاریخ فارغ التحصیلی از دانشگاه محل تحصیل

د- مدارک زیر دال بر کسب حد نصاب امتیازمحل مورد تقاضا (اشتغال وایثارگری)

ردیف	نام دقیق محل خدمت	شهر / روستا	امتیازمحل	تاریخ شروع فعالیت	تاریخ خاتمه فعالیت	امتیاز متقاضی
					امتیاز ایثارگری	
					امتیازمجموع سوابق	

متقاضی تاسیس داروخانه درموارد ذیل می باشم :

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

همچنین قبلا مجوز تاسیس داروخانه در شهر / روستا .....تابع شهرستان ..... دانشگاه علوم پزشکی ..... اخذ نموده وسپس مجوزآنرا ابطال نموده ام .

اینجانب ..... .متعهد میشوم که اطلاعات فوق صحیح بوده ودر صورت اثبات خلاف اظهارات اعلام شده ، دانشگاه مجاز به لغو مجوز صادره خواهد بود.

نام ونام خانوادگی – امضاء متقاضی

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

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.