ضمیمه شماره ۱

شماره ثبت دبیرخانه :
تاریخ :

«فرم ثبت درخواست تأسیس داروخانه»

دانشگاه/دانشکده 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 ـ تصویر مدرک تحصیلی، ب ـ تصویر صفحه اول شناسنامه و در صورت داشتن توضیحات ، تصویر صفحه آخر

ج ـ 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، شبانه روزی)
۱-	
۲-	
۳-	

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 صادره خواهد بود.

نام و نام خانوادگی ـ امضاء متقاضی

✂----------

رسید متقاضی	تقاضای ثبت نام خانم/آقای ..... جهت تاسیس 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.