



I.R.I.F.D.O.
سازمان غذا و دارو



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود
معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

« فرم اظهار نظر کمیسیون قانونی ماده 20 امور داروخانه ها »

موضوع مورد بررسی (در مورد ابطال مجوز و انتقال محل داروخانه و سایر موارد مرتبط با ذکر موضوع طبق آئین نامه):

با ذکر موضوع:

مشخصات داروخانه و محل آن :

شهر، بخش، دهستان، روستا
نوع داروخانه

نام داروخانه
دانشگاه علوم پزشکی

شماره و تاریخ پروانه تأسیس

تاریخ مجوز تأسیس / ابطال همزمان

مشخصات مؤسس :

کد ملی
محل صدور

شماره شناسنامه
محل تولد
نوع درخواست

نام و نام خانوادگی
تاریخ تولد
مدرک تحصیلی

شماره و تاریخ پروانه تأسیس

ماره و تاریخ مجوز تأسیس

بررسی کارشناسی :

امضاء و مشخصات کارشناس :

تاریخ کارشناسی :

نظریه کمیسیون :

موضوع در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی ماده 20 امور داروخانه ها مطرح و نتیجه زیر

حاصل گردید :

اعضاء کمیسیون :

نماینده انجمن داروسازان :

رئیس دانشگاه :

داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

معاون غذا و دارو :

داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان

مدیر دارو :