

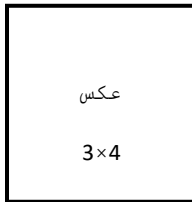


دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

شماره ثبت دبیرخانه



« گواهی تشخیص صلاحیت مسئولیت فنی »

به استناد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و داروئی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب خرداد یکهزار و سیصد و سی و چهار و اصلاحیه های بعدی آن مدارک پیشنهادی خانم / آقای..... دارای شماره شناسنامه ..... صادره از ..... و پروانه داروسازی / معرفی نامه شماره..... مورخ ..... در کمیسیون قانونی ماده 20 امور داروخانه ها مورخ ..... مطرح و صلاحیت نامبرده جهت مسئولیت فنی داروخانه در سراسر کشور مورد تایید قرار گرفت.

لذا پذیرش مسئولیت فنی داروخانه توسط نامبرده با رعایت کامل مقررات مربوطه و صدور پروانه مسئول فنی از طرف..... دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زیربط براساس ضوابط ابلاغی از سوی اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر بلامانع خواهد بود. مدت اعتبار این گواهی با توجه به قانون آموزش مداوم گروه پزشکی (داروسازان) جهت صدور پروانه مسئول فنی داروخانه حداکثر به مدت 5 سال خواهد بود.

