



IRIFDO
سازمان غذا و دارو



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

” معرفی جانشین مؤسس “

----- معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

----- اینجانب ----- مؤسس داروخانه -----

----- به شماره پروانه تأسیس ----- تاریخ ----- با توجه به اینکه از تاریخ -----

----- تا تاریخ ----- بدلیل ----- (طبق

----- مستندات پیوست) قادر به حضور در داروخانه نمی باشم. بدینوسیله خانم / آقای -----

----- دارای مدرک تحصیلی ----- را بعنوان جانشین مؤسس داروخانه،

در مدت زمان فوق معرفی

می نمایم.

مُهر و امضاء

• اینجانب خانم/آقای ----- (ضمن ارائه مدرک تحصیلی، کارت ملی و شناسنامه) با علم و اطلاع از ضوابط و مقررات مربوطه، حاضر به پذیرش جانشین مؤسس داروخانه ----- می باشم.

مُهر و امضاء

• نظریه معاون/ مدیر غذا و دارو :

با پذیرش جانشین مؤسس داروخانه ----- توسط خانم/ آقای دکتر ----- در مدت زمان مورد اشاره موافقت می گردد / نمی گردد .

مُهر و امضاء

• در صورت تأیید معاون / مدیر غذا و دارو و جانشین معرفی شده با هماهنگی دفتر حقوقی سازمان غذا و دارو (دفتر حقوقی دانشگاه به تشخیص سازمان) نسبت به ارائه تعهد نامه محضری اقدام می نمایند بدیهی است صدور مجوز فعالیت جانشین مؤسس منوط به ارائه تعهد نامه محضری می باشد.