



« فرم درخواست ابطال و تاسیس همزمان داروخانه در  
همان محل »

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

معاون / مدیر محترم غذا و دارو

بدینوسیله اینجانب/ اینجانبن

درخواست ابطال مجوز تاسیس داروخانه خود به نام

باکد شماره / شماره پروانه داروخانه

واقع در شهر/ روستا خیابان کوچه

پلاک را داشته و تقاضا میگردد تا صلاحیت خانم/ آقای

بطور همزمان جهت تاسیس داروخانه در همان محل مورد رسیدگی قرار  
گیرد.

ضمناً در صورت موافقت کمیسیون قانونی ماده 20 امور داروخانه ها با  
درخواست اینجانب/ اینجانبن نسبت به اخذ مفاصا حساب شرکت های پخش  
دارو اقدام نموده و مسئولیت قانونی مربوط به بدهی مالی داروخانه را  
تا تاریخ موافقت کمیسیون مذکور به عهده می گیرم/ می گیریم.

تاریخ:

نام و نام خانوادگی

و امضای موسس/ موسسین:

متقاضی

بدینوسیله اینجانب

تاسیس داروخانه در محل داروخانه سابق

می باشم و تقاضای بررسی صلاحیت خود به عنوان موسس جدید را دارم.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضای متقاضی: