

معاونت

تعهد نامه ملک داروخانه

اینجانب:

فرزند:

دارای مجوز تاسیس داروخانه به شماره:

مورخ:

هر گونه مشکلات ناشی از ملکیت داروخانه:

واقع در:

را می پذیرم و در صورت هرگونه اعتراض یا شکایات احتمالی، مسئولیت و عواقب ناشی از آن را پذیرا خواهم بود و در صورت اثبات خلاف واقع بودن اظهارات فوق الذکر اینجانب ملزم به تعطیل و تغییر مکان و یا اخذ رضایت ظرف مدت یک ماه می باشم و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود و اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر وزارت متبوع هیچگونه مسئولیتی در این مورد نخواهند داشت

تاریخ و امضاء موسس داروخانه

شماره :
.....
تاریخ :
.....
.....



معاونت غذا و
دارو