**« فرم کارشناسی مرحله اول مجوز بهره برداری از محل داروخانه »**

**با توجه به درخواست آقا / خانم .................................. برای تاسیس/ انتقال محل داروخانه در شهر ......................... و کسب ........... امتیاز، و با توجه به موافقت اصولی صادره به شماره ................................ به تاریخ .......................... کارشناسی مرحله اول جهت صدور مجوز بهره برداری داروخانه به شرح ذیل صورت پذیرفت.**

نام و نام خانوادگی متقاضی: نام داروخانه: نوع تقاضا: تاسیس🞏 انتقال محل🞏

آدرس فعلی داروخانه ( در صورت تقاضای انتقال محل ) :

آدرس دقیق محل معرفی شده :

**1. فاصله محل معرفی شده با نزدیک ترین داروخانه دایر( به متر):**

جمعیت شهر یا روستای مورد تقاضا: فاصله معیار برای اخذ امتیاز:

امتیاز اکتسابی از این معیار ...................

**2. مساحت کف داروخانه**

الف) بر اساس اسناد ارائه شده .................. متر مربع ب) بر اساس متراژ کارشناسی شده ................. متر مربع

ج) نوع فعالیت داروخانه: د)مساحت معیار برای اخذ امتیاز:

امتیازاکتسابی از این معیار.....................

محل مورد نظر با توجه به الزامی بودن این بند در آیین نامه اداره تاسیس داروخانه ها مطابقت دارد 🞏 ندارد 🞏

**3. اتاق مشاوره دارویی**

مساحت اتاق مشاوره دارویی ............. متر مربع و الزامات اتاق مشاوره دارویی مورد تایید هست 🞏 نیست🞏

امتیاز اکتسابی جهت اتاق مشاور براساس متراژ تخصیص داده شده: .............

با توجه به الزامی بودن این بند در آیین نامه اداره تاسیس داروخانه ها مطابقت دارد🞏 ندارد🞏

**4. شرایط انبار داروخانه**

آیا انبار استاندارد می باشد و با اصول GSP مطابق است: بله 🞏 خیر 🞏

فاصله انبار از داروخانه: در محل استقرار داروخانه 🞏 ب) کمتر از 100 متر 🞏 ج) بین 100 تا 200 متر 🞏

امتیاز اکتسابی از این معیار: ................

**5. امکان ثبت امضای الکترونیک مسئول فنی در تحویل نسخ و دارو بر اساس مقررات وجود دارد󠆇**  **🞏 ندارد🞏**

امتیاز اکتسابی از این معیار: ............

**6. وجود تجهیزات لازم جهت ثبت اثر انگشت مسئول فنی در تحویل نسخ و دارو به منظور ثبت در سامانه TTAC**

وجود دارد 🞏 󠆇 ندارد 󠆇🞏

امتیاز اکتسابی از این معیار............

*نام و امضای کارشناس ارزیابی کننده 1 نام و امضای کارشناس ارزیابی کننده 2 نام و امضای متقاضی تاسیس*

**7. محل تخصیص یافته جهت بیماران و مراجعین به داروخانه:**

مساحت محل تخصیص یافته جهت بیماران و مراجعین به داروخانه......... متر مربع

مساحت قسمت تخصیص یافته نسبت به مساحت کل داروخانه ..................

تعداد صندلی ................

سایر امکانات رفاهی از قبیل تهویه هوای مناسب ...........

امتیاز اکتسابی از این معیار .............

**8. وضعیت پارکینگ مراجعین**

الف) داروخانه پارکینگ اختصاصی در ساختمان بر اساس اسناد ارائه شده دارد 󠆇 🞏 ندارد 🞏 تعداد پارکینگ:

ب) پارکینگ عمومی در فاصله 100 متری از محل داروخانه بر اساس ضوابط کارشناسی دارد🞏 ندارد 󠆇 🞏

ج) معبر محل داروخانه (با ترافیک پایین) بدون تابلوهای عدم امکان توقف در فاصله 100 متری از طرفین درب داروخانه 󠆇 دارد🞏 ندارد 󠆇 🞏

امتیاز اکتسابی از این معیار: ............

**9. تسهیلات پیش بینی شده برای جانبازان/معلولین**

الف) هم سطح󠆇 🞏 ب) دارای پله󠆇 🞏 ج) سطح شیبدار قابل تردد جهت ویلچر با شیب تا 40 درجه 󠆇🞏

د) آسانسور/ بالابر مخصوص ویلچر جهت جانبازان و معلولین󠆇 🞏

امتیاز اکتسابی از این معیار: ............

**10. روپوش و اتیکت**

وجود روپوش و اتیکت یا برچسب های معرفی شاغلین در داروخانه براساس ضوابط

الف) وجود روپوش مسئول فنی به رنگ سفید جهت استفاده انحصاری مسئولین فنی و اتیکت لازم وجود دارد 󠆇🞏 ندارد 🞏

ب) وجود روپوش شاغلین به رنگ های آبی یا سبز و دارای برچسب لازم وجود دارد 🞏 󠆇 ندارد 󠆇 🞏

امتیاز اکتسابی از این معیار............

**11. نصب دوربین مداربسته در داروخانه**

الف) تعداد دوربین های ضبط کننده تصاویر: ..................

ب) امکان اتصال دوربین محل استقرار مسئول فنی به سیستم های نظارتی وجود دارد 󠆇 🞏 ندارد 󠆇🞏

امتیاز اکتسابی از این معیار: ............

**12. وجود دستگاه نوبت دهی مکانیزه و فعال در داروخانه**

امتیاز اکتسابی از این معیار: ...........

**13.امکانات پایش اصالت دارو توسط مراجعین**

امتیاز اکتسابی از این معیار............

*نام و امضای کارشناس ارزیابی کننده 1 نام و امضای کارشناس ارزیابی کننده 2 نام و امضای متقاضی تاسیس*

**14: سایر امتیازات کسب شده (امتیازات کسب شده براساس ارائه تعهدات پیش بینی شده در ضوابط و امتیازات تشویقی کسب شده براساس ضوابط):**

معیار امتیاز: ......................................................................................... اقدام صورت گرفته: .............................................. امتیاز کسب شده: ..........................

معیار امتیاز: ......................................................................................... اقدام صورت گرفته: .............................................. امتیاز کسب شده: ..........................

معیار امتیاز: ......................................................................................... اقدام صورت گرفته: .............................................. امتیاز کسب شده: ..........................

معیار امتیاز: ......................................................................................... اقدام صورت گرفته: .............................................. امتیاز کسب شده: ..........................

معیار امتیاز: ......................................................................................... اقدام صورت گرفته: .............................................. امتیاز کسب شده: ..........................

معیار امتیاز: ......................................................................................... اقدام صورت گرفته: .............................................. امتیاز کسب شده: ..........................

به متقاضی بر اساس تبصره 1 ماده 7 آیین نامه تاسیس اداره داروخانه ها یادآور گردید که داروخانه بایستی همواره به طور مستمر حداقل امتیاز محل مندرج در این کارشناسی را حفظ نماید و در صورت عدم کسب حد نصاب امتیاز، موجب تعطیلی موقت داروخانه و اقدام قانونی خواهد شد. متقاضی تاسیس اذعان به پذیرش این موضوع فرمودند.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مجموع امتیازات کسب شده شخص متقاضی (مورد 1)** | **حداقل امتیاز لازم برای اخذ موافقت اصولی (مورد 2)** | **امتیاز باقیمانده متقاضی (مورد 3) (حاصل از کسر مورد 1 و 2)** |
|  |  |  |
| **مجموع امتیازات کسب شده محل معرفی شده (مورد 4)** | **حداقل امتیاز لازم برای تایید محل و اخذ پروانه تاسیس (مورد 5)** | **جمع امتیازات باقیمانده (مورد 3) و امتیازات محل (مورد 4)** |
|  |  |  |

**نام و امضای کارشناس 1 ارزیابی کننده : نام، امضا و مهر متقاضی تاسیس:**

**نام و امضای کارشناس 2 ارزیابی کننده :**

**نظر مدیر امور دارویی دانشگاه/دانشکده: امضا**

**« فرم کارشناسی مرحله دوم مجوز بهره برداری از محل داروخانه »**

**با توجه به درخواست آقا / خانم .................................. برای تاسیس/ انتقال محل داروخانه به آدرس ..................................................................................................... و با عنایت به کارشناسی صورت گرفته در مرحله اول، و با توجه به موافقت اصولی صادره به شماره ................................ به تاریخ ........................... کارشناسی مرحله دوم جهت صدور مجوز بهره برداری داروخانه به شرح ذیل صورت پذیرفت.**

نام و نام خانوادگی متقاضی: نام داروخانه: نوع تقاضا: تاسیس🞏 انتقال محل🞏

**1. تابلو داروخانه منطبق بر تبصره 8 ماده 7 فقط دارای نام موسس و فاقد هرگونه علائم تبلیغاتی بر اساس ضوابط شهرداری**

قابل قبول󠆇  **🞏** غیر قابل قبول **󠆇** 🞏

**2. اتصال به شبکه آبرسانی شهری یا روستایی**

قابل قبول󠆇 🞏 غیر قابل قبول󠆇 🞏

**3. بهداشتی بودن کف و دیوار داروخانه و امکان شست و شوی آن**

قابل قبول󠆇 🞏 غیر قابل قبول󠆇 🞏

**4. مجهز بودن داروخانه به وسایل تامین گرمایش/ سرمایش جهت ایجاد شرایط نگهداری داروها**

وسایل موجود: کولرآبی 󠆇 🞏 کولر گازی󠆇 🞏 پنکه󠆇 🞏 شوفاژ󠆇 🞏 فن کوئل󠆇 🞏 بخاری󠆇 🞏

**5. داروخانه و انبار، مجهز به درب ایمن یا سیستم های ضد سرقت یا دوربین امنیتی**  می باشد󠆇🞏 نمی باشد󠆇 🞏

**6. انبار دارای پالت، دماسنج، دیتالاگر، سرمایش و گرمایش** می باشد󠆇🞏 نمی باشد 🞏

**7. داروخانه و انبار مجهز به سیستم اعلان حریق و اطفاء حریق و یا کپسول آتش نشانی شارژ شده** می باشد 🞏 نمی باشد 🞏

**8. قفسه بندی، میز نسخه پیچی و پیشخوان فراهم شده** قابل قبول 󠆇 🞏 غیر قابل قبول󠆇 🞏 می باشد.

**9. قسمت داروهای ترکیبی بر اساس ضوابط داروهای ترکیبی**

الف) میز 󠆇 🞏 ب) قفسه نگهداری مواد اولیه داروهای ساختنی 󠆇🞏

ج) ابزار آلات ساخت داروهای ترکیبی: ترازو󠆇 󠆇 🞏 هاون 🞏 وسایل شیشه ای و سایر لوازم مورد نیاز󠆇 🞏

**10. نحوه ارتباط غیر حضوری با داروخانه** تلفن ثابت󠆇 🞏 تلفن همراه󠆇🞏 نمابر󠆇🞏 ایمیل󠆇🞏 تارنما🞏

**11. رعایت زنجیره سرد در داروخانه** قابل قبول 󠆇 🞏 غیر قابل قبول󠆇 🞏

**12. تجهیزات لازم جهت اتصال به سامانه های الکترونیک شامل رایانه و اتصال اینترنتی** قابل قبول󠆇 🞏 غیر قابل قبول󠆇 🞏

**13. نحوه نگارش دستور مصرف داروها** مکانیزه تایپی󠆇 🞏 دستی󠆇 🞏

**14. نحوه نگهداری داروهای تاریخ گذشته**

نشانه گذاری و نصب تابلو محل نگهداری داروهای تاریخ گذشته و ریکال وجود دارد󠆇 🞏 ندارد󠆇 🞏

**15. منایع علمی به روز به صورت الکترونیک یا چاپی موجود است؟ بله** 🞏  **خیر**🞏

**خلاصه گزارش: تاسیس داروخانه پس از رفع نواقص بند های زیر قابل بررسی مجدد خواهد بود.**

**شماره بندهایی که اصلاح آنها ضروری است:**

* **آیا شرایط ایجاد شده در کارشناسی مرحل اول حفظ شده اند؟ بله** 🞏  **خیر**🞏

**سایر توضیحات:**

**نام و امضای کارشناس 1 ارزیابی کننده : نام، امضا و مهر متقاضی تاسیس:**

**نام و امضای کارشناس 2 ارزیابی کننده :**

**نظر مدیر امور دارویی دانشگاه/دانشکده: امضا**

***«*** *معرفي نامه مسئول فني داروخانه »*

***معاون/ مدير محترم غذا و دارو دانشگاه / دانشکده***

***اينجانب............................................................. مؤسس، متقاضي تأسيس داروخانه.............................. در شهر/روستا........................... ضمن اعلام اينکه به انجام وظايف خود طبق شرح وظايف مؤسس مندرج در آئين نامه داروخانه ها متعهد مي شوم بدينوسيله خانم/آقاي ...................................... را جهت پذيرش مسئوليت فني ساعت ........................ تا .............................. اين داروخانه از تاریخ ........................ معرفي مي نمايم.***

***نام؛ مهر، امضاء و تاريخ***

***------------------------------------------------------------------------------------------------------***

* ***اين قسمت توسط متقاضي پذيرش مسئوليت فني تكميل گردد***

***مشخصات متقاضي***

***نام و نام خانوادگي: شماره شناسنامه: محل صدور: تاريخ تولد:***

***محل تولد: شماره ملی: آخرين مدرك تحصيلي و تاريخ دريافت آن:***

***ساكن: شماره تماس: متعهد به سکونت در محل جغرافیایی داروخانه بوده و مسئوليت فني داروخانه: در ساعات فوق را مي‌پذيرم.***

***سوابق اشتغال متقاضي در بخشهاي دولتي و غير دولتي تاكنون بشرح زير (پنج سال اخير):***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***رديف*** | ***نوع فعالیت*** | ***محل خدمت و آدرس آن*** | ***تاريخ شروع*** | ***تاريخ خاتمه*** |
|  |  |  |  |  |

***نام؛ مهر، امضاء و تاريخ***

* ***تذكر- چنانچه صلاحيت متقاضي تاكنون توسط كميسيون ماده 20 هيچ يك از دانشگاهها / دانشكده‌هاي علوم پزشكي تأييد نشده باشد، لازم است موضوع تأييد صلاحيت فني متقاضي در كميسيون قانون ماده 20مطرح گردد.***

« فرم درخواست انتقال داروخانه»

***دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني------------***

***جناب آقای/ سرکار خانم ................................معاون/مدير محترم غذا و دارو***

***بدينوسيله اينجانب / اينجانبان............................................................................... درخواست انتقال داروخانه خود به نام ............................................ با شماره پروانه تاسیس (مجوز بهره برداری) داروخانه...............................واقع در شهر/ روستا ............................. خيابان.....................................كوچه ......................... پلاك ........................ را به خانم / آقای................... داشته و تقاضا مي گردد تا صلاحيت خانم/آقاي........................................به عنوان موسس جدید داروخانه مورد رسيدگي قرار گيرد. ضمناً در صورت موافقت کميسيون قانوني ماده 20 امور داروخانه ها با درخواست اينجانب*/ *اينجانبان* نسبت *به اخذ مفاصا حساب انجمن صنعت پخش اقدام خواهیم نمود.***

*تاريخ*

*نام و نام خانوادگي و امضاي مؤسس / مؤسسين*

***بدينوسيله اينجانب / اینجانبان .......................فرزند ................. باکدملی ...................متقاضی بررسی صلاحیت خود به عنوان موسس و دریافت مجوز بهره برداری داروخانه مي باشم****.*

*نام و نام خانوادگي*

*تاريخ و امضاي متقاضي*

*« فرمبررسی موافقت اصولی جهت تأسيس داروخانه درکمیسیون قانونی ماده 20 »*

***مشخصات داروخانه و محل مورد تقاضا:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام داروخانه*** |  | | ***شهر / روستا*** |  | ***از توابع شهرستان*** |  | |
| ***دانشگاه / دانشكده علوم‌پزشكي*** | |  | | | ***وضعيت ارائه خدمات داروخانه*** | |  |

***مشخصات مؤسس:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** | |  | | ***شماره شناسنامه*** | | |  | ***كد ملي*** | |  | | | | |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | | ***محل صدور*** | | | |  | ***نام پدر*** |  | | |
| ***شماره و تاريخ پروانه دائم / مدرک معتبر تحصیلی داروسازي*** | | | | |  | ***مدرك‌تحصيلي*** | | |  | | | | |

***بررسي كارشناسي:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ***آخرين آمار جمعيت شهر/ روستا مورد تقاضا در سال جاري با توجه به نامه شماره--------- مورخ------- سازمان اداره کل آمار و اطلاعات استانداری*** 2. ***فاصله محل سكونت متقاضي تا محل مورد تقاضاي تأسيس داروخانه (مسافت و زمان)*** 3. ***حد نصاب امتياز محل*** 4. ***ميزان امتياز كسب شده توسط متقاضي در تاريخ درخواست و چگونگي كسب آن*** 5. ***ذكر سوابق قبلي تأسيس داروخانه توسط متقاضي (با قيد تاريخ موافقت كميسيون قانوني ماده 20 با موافقت اصولی، انتقال داروخانه و يا ابطال مجوز داروخانه)*** 6. ***معرفي مسئول فني داروخانه در حال تأسيس*** 7. ***ساير موارد با توجه به شرايط درخواست مورد بررسي*** | | |
| ***نظريه كميسيون:*** | ***امضاء و مشخصات كارشناس با ذكر تاريخ-*** |

|  |
| --- |
| ***سوابق پرونده تأسيس داروخانه------------------- در جلسه مورخ------------ كميسيون قانوني ماده 20 امور داروخانه هاي دانشگاه / دانشكده علوم پزشكي------------------ مطرح و با توجه به نامه شماره----------------------- مورخ------------- صلاحيت حرفه ای تأسيس و نیز مجوز اولیه ( موافقت اصولی)داروخانه توسط خانم / آقاي--------------------------- مورد تأئيد قرار گرفت / نگرفت.*** |

***اعضاء كميسيون-***

|  |  |
| --- | --- |
| ***رئيس دانشگاه-*** | ***نماينده انجمن داروسازان-*** |
| ***معاون غذا و دارو-*** | ***داروساز آزاد به دعوت رئيس دانشگاه-*** |
| ***مدير دارويي-*** | ***داروساز منتخب سازمان نظام پزشكي شهرستان مركز استان-*** |

|  |
| --- |
| ***توضيح: درج نام اعضاء كميسيون در ذيل سمت آنها الزامي است.*** |

*« فرم بررسی انتقال داروخانه »*

***مشخصات داروخانه و محل***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام داروخانه*** | |  | ***شهر / روستا*** | |  | ***از توابع شهرستان*** | |  | |
| ***دانشگاه علوم پزشكي*** |  | | | | | ***وضعيت ارائه خدمات داروخانه*** | | |  |
| ***شماره و تاريخ مجوز اولیه (موافقت اصولی)*** | | | | | | |  | | | |
| ***شماره و تاريخ پروانه تأسيس (مجوز بهره برداری) داروخانه*** | | | |  | | | | | | |

***مشخصات مؤسس جديد***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** | |  | | ***شماره شناسنامه*** | |  | | ***كد ملي*** | |  | | |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | ***محل صدور*** | | |  | ***نام پدر*** | |  |
| ***شماره و تاريخ پروانه دائم / مدرک معتبر تحصیلی داروسازی*** | | | | |  | | ***مدرك‌تحصيلي*** | | | |  | |

***آدرس محل سکونت***

***مشخصات مؤسس قبلي***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** |  | ***شماره شناسنامه*** |  | ***كد ملي*** |  | |
| ***تاريخ تولد*** |  | ***محل تولد*** |  | ***محل صدور*** | |  |

***نام پدر***

***بررسي كارشناسي***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ***شماره و تاريخ ثبت درخواست مؤسس در مورد ابطال مجوز داروخانه خود در دانشگاه*** 2. ***حد نصاب امتياز و جمعيت محل*** 3. ***ميزان امتياز كسب شده توسط متقاضي تاسیس*** 4. ***ذكر تاريخ شروع به كار و مدت فعاليت داروخانه به نام مؤسس قبلي*** 5. ***فاصله محل سكونت متقاضي تأسيس داروخانه از مکان داروخانه (مسافت و زمان)*** 6. ***سوابق قبلي متقاضي از نظر تأسيس داروخانه (با قيد تاريخ موافقت كميسيون قانوني با تأسيس داروخانه و انتقال داروخانه و يا ابطال مجوز آن)*** 7. ***معرفي مسئول فني داروخانه در حال تأسيس*** 8. ***تسویه حساب با شرکت های پخش توسط موسس قبلی*** 9. ***مکان داروخانه با آیین نامه و ضوابط مطابقت دارد* 🞏 *ندار*د🞏** 10. ***موارد مورد بررسي ديگر كه بايستي بررسي و عنوان گردد.***   ***امضاء و مشخصات كارشناس با ذكر تاريخ*** | |
| ***نظريه كميسيون:*** | |  | |

|  |
| --- |
| ***پرونده داروخانه-------------- در جلسه مورخ------------- كميسيون قانوني ماده 20 امورداروخانه هاي دانشگاه / دانشكده علوم پزشكي------------ مطرح و با توجه به نامه شماره-------------------- مورخ------------- ضمن ابطال مجوز تأسيس داروخانه----------------------- بنام خانم / آقاي-------------------------------- صلاحيت حرفه ای تاسیس و نیز مجوز اولیه (موافقت اصولی )داروخانه توسط خانم / آقاي----------------------به نام داروخانه ------------------------------ در همان محل/ محل جدید مطابق با ضوابط تاسیس مورد موافقت قرار گرفت / نگرفت.*** |

***اعضاء كميسيون:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***رئيس دانشگاه:*** | ***نماينده انجمن داروسازان:*** |
| ***معاون غذا و دارو:*** | ***داروساز آزاد به دعوت رئيس دانشگاه:*** |
| ***مدير دارويي:*** | ***داروساز منتخب سازمان نظام پزشكي شهرستان مركز استان:*** |
| ***توضيح: درج نام اعضاء كميسيون در ذيل سمت آنها الزامي است.*** | |

*« فرم بررسی صلاحیت فنی مسئول فني داروخانه در کمیسیون ماده 20 »*

***مشخصات داروخانه و محل آن:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام‌داروخانه*** |  | | | | ***شهر، بخش، دهستان، روستا*** | |  |
| ***دانشگاه علوم‌پزشکي*** | |  | | | ***نوع داروخانه*** |  | |
| ***شماره و تاريخ مجوز اولیه (موافقت اصولی) / انتقال‌داروخانه*** | | |  | ***شماره و تاريخ پروانه تأسيس (مجوز بهره برداری)*** | | |  |

***مشخصات مؤسس:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** |  | | ***شماره‌شناسنامه*** | |  | ***کد ملي*** | |  |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | ***محل صدور*** | |  |
| ***مدرک تحصيلي*** | |  | | ***نوع درخواست*** | | |  | |

***مشخصات مسئول فني:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** |  | | ***شماره‌شناسنامه*** | |  | ***کد ملي*** | |  |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | ***محل صدور*** | |  |
| ***مدرک تحصيلي*** | ***شماره کارت نظام پزشکی الکترونیک*** | | | | | | | |
| ***شماره و تاريخ پروانه داروسازي*** | |  | | ***ساعات کار مسئول فني*** | | |  | | |

***آدرس محل سکونت مسئول فنی***

***بررسي کارشناسي:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ***مشخصات نامه وارده مربوط به درخواست مؤسس (با شماره و تاريخ ثبت- براي معرفي مسئول فني)*** 2. ***سوابق کاري مسئول فني معرفي شده*** 3. ***نوبت و ساعات پذيرش مسئوليت فني داروخانه*** 4. ***وضعيت مسئوليت فني ساير شيفت ها از نظر حضور مسئول فني واجد شرايط*** 5. ***احرازشرایط پذیرش مسئول فنی طبق آیین نامه و ضوابط*** | | | |
| ***امضاء و مشخصات کارشناس:*** | | ***تاريخ کارشناسي:*** | |
|  |  | |  |

***نظريه کميسيون:***

|  |
| --- |
| ***پرونده داروخانه----------- در جلسه مورخ---------- کميسيون قانوني امور داروخانه هاي دانشگاه / دانشکده علوم پزشکي------- مطرح و با توجه به نامه شماره------------------- مورخ------------- متقاضي خانم / آقاي---------و محتويات پرونده، صلاحيت مسئوليت فني خانم / آقاي------------ جهت ساعات ------ داروخانه مذکور موافقت گرديد ❑ نگرديد ❑.*** |

***اعضاء كميسيون-***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***رئيس دانشگاه-*** |  | ***نماينده انجمن داروسازان-*** |  |
| ***معاون غذا و دارو-*** |  | ***داروساز آزاد به دعوت رئيس دانشگاه-*** |  |
| ***مدير دارو-*** |  | ***داروساز منتخب سازمان نظام پزشکي شهرستان مرکز استان-*** |  |

*« فرم بررسی تبديل وضعيت فعالیت داروخانه درکمیسیون ماده 20 »*

***مشخصات داروخانه و محل آن:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام داروخانه*** |  | | | ***شهر، بخش، دهستان، روستا*** | |  | | |
| ***دانشگاه علوم پزشکي*** | |  | | ***نوع داروخانه*** |  | | | |
| ***شماره و تاريخ مجوز اولیه/ انتقال داروخانه*** | | | ***شماره و تاریخ پروانه تاسیس/ مجوز بهره برداری*** | | | |  |

***مشخصات مؤسس:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** |  | | ***شماره شناسنامه*** | |  | ***کد ملي*** | |  |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | ***محل صدور*** | |  |
| ***مدرک تحصيلي*** | |  | | ***نوع درخواست*** | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |

***مشخصات مسئول فني:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** |  | | ***شماره شناسنامه*** | |  | ***کد ملي*** | |  |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | ***محل صدور*** | |  |
| ***مدرک تحصيلي*** | ***شماره کارت نظام پزشکی الکترونیک*** | | | | | | | |
| ***شماره و تاريخ مدرک معتبر داروسازي*** | |  | | ***ساعات کار مسئول فني*** | | |  | | |

***بررسي کارشناسي:***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ***مشخصات نامه وارده مربوط به درخواست مؤسس (با شماره و تاريخ ثبت)*** 2. ***تطابق درخواست با آیین نامه و ضوابط دارد* 🞏 *ندارد* 🞏** 3. ***وضعيت مسئوليت فني شيفت جديد*** 4. ***ارائه مستندات تبديل وضعيت داروخانه از نيمه وقت/ روزانه به شبانه روزي و برعکس*** | |
| ***تاريخ کارشناسي:*** | ***امضاء و مشخصات کارشناس:*** |

***نظريه کميسيون:***

|  |
| --- |
| ***پرونده داروخانه----------- در جلسه مورخ---------- کميسيون قانوني ماده 20 امور داروخانه هاي دانشگاه / دانشکده علوم پزشکي------- مطرح و با توجه به نامه شماره------------------- مورخ------------- متقاضي خانم / آقاي---- و محتويات پرونده، تبديل وضعيت خدمات دارويي داروخانه مذکور از---------------- و صلاحيت فني خانم / آقاي--------------- جهت نوبت---------- در همان محل مورد موافقت قرار گرفت ❑ نگرفت❑.*** |

***اعضاء كميسيون:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***رئيس دانشگاه*** |  | ***نماينده انجمن داروسازان*** |  |
| ***معاون غذا و دارو*** |  | ***داروساز آزاد به دعوت رئيس دانشگاه*** |  |
| ***مدير دارو*** |  | ***داروساز منتخب سازمان نظام پزشکي شهرستان مرکز استان*** |  |

*« فرم ابطال مجوز و پروانه تاسیس داروخانه ها در كميسيون ماده 20 »*

|  |
| --- |
|  |

***مشخصات داروخانه و محل آن***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام داروخانه*** |  | | | | ***شهر، بخش، دهستان، روستا*** | | |  |
| ***دانشگاه علوم پزشکي*** | |  | | | ***نوع داروخانه*** | |  | |
| ***شماره و تاریخ مجوز اولیه/ انتقال داروخانه*** | | |  | ***شماره و تاريخ پروانه تأسيس(مجوز بهره برداری)*** | | | |  |
|  | | |  | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | |  |

***مشخصات مؤسس***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** |  | | ***شماره شناسنامه*** | |  | ***کد ملي*** | |  |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | ***محل صدور*** | |  |
| ***مدرک تحصيلي*** | |  | | ***نوع درخواست*** | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |

***بررسي کارشناسي:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***امضاء و مشخصات کارشناس*** |  |
|  | ***تاريخ کارشناسي*** |  |

***نظريه کميسيون***

|  |
| --- |
| ***موضوع ابطال مجوز و پروانه داروخانه در جلسه مورخ---------- کميسيون قانوني ماده 20 امور داروخانه ها مطرح و نتيجه زير حاصل گرديد:*** |

***اعضاء كميسيون***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***رئيس دانشگاه*** |  | ***نماينده انجمن داروسازان*** |  |
| ***معاون غذا و دارو*** |  | ***داروساز آزاد به دعوت رئيس دانشگاه*** |  |
| ***مدير دارو*** |  | ***داروساز منتخب سازمان نظام پزشکي شهرستان مرکز استان*** |  |

*« معرفی جانشین مؤسس »* ***شماره:***

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

* ***اینجانب------------ مؤسس داروخانه------------------- به شماره پروانه تأسیس(مجوز بهره برداری)------------- تاریخ------------ با توجه به اینکه از تاریخ---------- تا تاریخ------------- به دلیل-------------- (طبق مستندات پیوست) قادر به حضور در داروخانه نمی باشم؛ بدینوسیله خانم / آقای-----------------داروساز 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 داروسازی، کارت ملی و شناسنامه، پذیرش حداقل یک شیفت مسئولیت فنی داروخانه مذکور، ارائه تعهد نامه محضری و پذیرش مسئولیت تضامنی با موسس داروخانه در حوزه وظایف و مسئولیت های موسس) با علم و اطلاع از ضوابط و مقررات مربوطه، حاضر به پذیرش جانشین مؤسس داروخانه----------از تاریخ ------------ تا تاریخ ----------- می باشم.***

***مُهر و امضاء***

* ***نظریه معاون/ مدیر غذا و دارو***

***با پذیرش جانشین مؤسس داروخانه--------------- توسط خانم/ آقای (داروساز)-------------- در مدت زمان مورد اشاره موافقت می گردد* ❑ *نمی گردد* ❑*.***

***مُهر و امضاء***

* ***در صورت تائید معاون / مدیر غذا و دارو، موسس و جانشین معرفی شده(داروساز واجد شرایط) با هماهنگی دفتر حقوقی سازمان غذا و دارو (دفتر حقوقی دانشگاه به تشخیص سازمان) نسبت به ارائه قرارداد محضری فی مابین موسس و جانشین اقدام می نمایند. بدیهی است صدور مجوز فعالیت جانشین موسس منوط به ارائه تعهد نامه محضری می باشد.***

*« فرم کمیسیون قانونی ماده 20 جهت صدور مجوز بهره برداری داروخانه »*

***مشخصات داروخانه و محل مورد تقاضا:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام داروخانه*** |  | | ***شهر / روستا*** |  | ***از توابع شهرستان*** |  | |
| ***دانشگاه / دانشكده علوم‌پزشكي*** | |  | | | ***وضعيت ارائه خدمات داروخانه*** | |  |

***مشخصات مؤسس:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نام و نام خانوادگي*** | |  | | ***شماره شناسنامه*** | | |  | ***كد ملي*** | |  | | | | |
| ***تاريخ تولد*** |  | | ***محل تولد*** | |  | | ***محل صدور*** | | | |  | ***نام پدر*** |  | | |
| ***شماره و تاريخ پروانه دائم / مدرک معتبر تحصیلی داروسازي*** | | | | |  | ***مدرك‌تحصيلي*** | | |  | | | | |

***شماره و تاریخ صدور مجوز اولیه (موافقت اصولی) تابعیت دین آدرس محل سکونت شماره تماس***

***بررسي كارشناسي***

1. ***امتیاز کسب شده از ماده 5 آیین نامه***
2. ***حداقل امتیاز لازم بر مبنای ماده 4 آیین نامه***
3. ***امتیاز باقیمانده متقاضی (تفاضل امتیاز بند 1 از بند 2)***
4. ***امتیاز حاصل از جدول شماره 4 آیین نامه (امتیاز محل)***
5. ***امتیاز نهایی متقاضی (حاصل جمع امتیازات بند 3 و4)***
6. ***جمعیت شهر و حداقل امتیاز لازم (مطابق جدول شماره 3 آیین نامه)***
7. ***آیا امتیاز بند 5 از بند 6 بیشتر است: بله* 🞏  *خیر* 🞏**
8. ***آیا اشراف متقاضی تاسیس داروخانه بر وظایف و مسئولیت های محوله مطابق با آیین نامه و ضوابط مربوطه محرز میباشد: بله*  🞏  *خیر* 🞏**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ***ذكر سوابق قبلي تأسيس داروخانه توسط متقاضي (با قيد تاريخ موافقت كميسيون قانوني ماده 20 با موافقت اصولی، انتقال داروخانه و يا ابطال مجوز داروخانه)*** 2. ***معرفي مسئول فني داروخانه در حال تأسيس*** 3. ***ساير موارد با توجه به شرايط درخواست مورد بررسي*** | | |
| ***نظريه كميسيون*** | ***امضاء و مشخصات كارشناس با ذكر تاريخ*** |

|  |
| --- |
| ***سوابق پرونده داروخانه------------------- در جلسه مورخ------------ كميسيون قانوني ماده 20 امور داروخانه هاي دانشگاه / دانشكده علوم پزشكي------------------ مطرح و با توجه به نامه شماره----------------------- مورخ------------- صدور مجوز بهره برداری داروخانه توسط خانم / آقاي--------------------------- مورد تأئيد قرار گرفت* 🞏 *نگرفت* 🞏** |

***اعضاء كميسيون***

|  |  |
| --- | --- |
| ***رئيس دانشگاه*** | ***نماينده انجمن داروسازان*** |
| ***معاون غذا و دارو*** | ***داروساز آزاد به دعوت رئيس دانشگاه*** |
| ***مدير دارويي*** | ***داروساز منتخب سازمان نظام پزشكي شهرستان مركز استان*** |

|  |
| --- |
| * ***توضيح- درج نام اعضاء كميسيون در ذيل سِمت آنها الزامي است.*** |