

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

### معاون محترم غذا و دارو

با سلام و احترام

اینجانب ..... دارای مجوز تأسیس داروخانه در شهر / روستای ..... تقاضای  
کارشناسی از محل به نشانی : ..... و  
کروکی زیر را به منظور تأسیس داروخانه / جابجایی داروخانه دارم . خواهشمند است اقدامات مقتضی در این زمینه را  
مبذول فرمائید .

تاریخ :  
امضاء و مهر



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو

ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها		عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	شماره DMNA- PHM-002
1399/07/25	تاریخ اعتبار	شماره بازنگری 02

### پیوست شماره ۱۷

#### تعهد نامه ملک داروخانه

اینجانب ..... فرزند ..... دارای مجوز تأسیس داروخانه به شماره ..... مورخ ..... هرگونه مشکلات ناشی از مالکیت و تأسیس داروخانه واقع در شهرستان /شهر ..... خیابان ..... پلاک ..... واحد ..... طبقه ..... را می‌پذیرم 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 فوق‌الذکر اینجانب ملزم به تعطیل و تغییر مکان و یا اخذ رضایت ظرف مدت یکماه می‌باشم و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ..... و اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر وزارت متبوع هیچگونه مسئولیتی در این مورد نخواهد داشت .

نام و نام خانوادگی

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان غذا و دارو



ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها			عنوان
1395/07/25	تاریخ شروع اجراء	DMNA- PHM-002	شماره
1399/07/25	تاریخ اعتبار	02	شماره بازنگری

### پیوست شماره ۱۸

بسمه تعالی

### رضایت نامه مالکین

بدینوسیله اعلام می شود اینجانب ..... امضاءکننده ذیل، مالک ملک به پلاک ثبتی شماره.....  
به نشانی: ..... پلاک..... طبقه.....  
واحد..... موافقت و رضایت کامل خود را با تأسیس داروخانه توسط آقا/خانم دکتر .....  
در طبقه..... واحد شماره ..... این نشانی اعلام می دارم و اعتراضی به این موضوع ندارم.

نام و نام خانوادگی

امضاء

اثر انگشت

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR