

تعهد نامه ملک داروخانه

اینجانب فرزند دارای مجوز تاسیس داروخانه به شماره مورخ هرگونه مشکلات ناشی از مالکیت و تأسیس داروخانه واقع در خیابان شهرستان/شهر پلاک واحد طبقه 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 یکماه می باشم و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر وزارت متبوع هیچگونه مسئولیتی در این مورد نخواهد داشت .

نام و نام خانوادگی