

« فرم کارشناسی بازدید از محل داروخانه »

نام و نام خانوادگی مؤسس: نام داروخانه:

نوع تقاضا  تأسیس  انتقال محل

آدرس فعلی داروخانه (در صورت تقاضای انتقال محل):

آدرس دقیق محل معرفی شده: (کروکی محل جدید نیز در پشت صفحه درج گردد.)

مساحت کف داروخانه طول و عرض داروخانه

انبار داروخانه:  زیر زمین  بالکن  هیچکدام

چنانچه انبار خارج از محل داروخانه باشد آدرس انبار:

نام و فاصله نزدیکترین داروخانه:

نظریه کارشناسی: محل مورد نظر با ضوابط و آیین نامه داروخانه ها مغایرت دارد  ندارد

توضیحات:

نام و نام خانوادگی کارشناس تاریخ بازدید

امضاء

تأیید و امضاء

انجمن / معاون غذا و دارو (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی)

