« 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*