*« 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 ارائهقرارداد محضری فی مابین موسس و جانشین اقدام می نمایند. بدیهی است صدور مجوز فعالیت جانشین موسس منوط به ارائه تعهد نامه محضری می باشد.***