



## فرم ثبت کروکی جابجایی محل داروخانه

مدیریت محترم نظارت بر امور دارو و مواد اعتیاد آور

با سلام

احتراماً اینجانب ..... مؤسس داروخانه ..... درخواست جابجایی محل داروخانه خود را دارم. لذا خواهشمند است دستور اقدامات مقتضی را صادر فرمائید.

۱- آدرس محل فعلی: .....  
منطقه شهرداری: .....

۲- نام داروخانه‌های حریم محل فعلی با ذکر فاصله (متر): .....

۳- امکانات درمانی محل فعلی:

تعداد پزشک مقیم:	فاصله با داروخانه:
درمانگاه <input type="checkbox"/>	تعداد پزشک مقیم: فاصله با داروخانه:
پزشک متخصص <input type="checkbox"/>	تعداد پزشک مقیم: فاصله با داروخانه:
پزشک عمومی <input type="checkbox"/>	تعداد پزشک مقیم: فاصله با داروخانه:

۴- میانگین تعداد نسخ بیمه در ماه: ..... تعداد نسخ آزاد در ماه: .....

۵- علت انتقال:

انتقال سرمایه  استیجاری بودن ملک  عدم کشش داروخانه

۶- سابقه فعالیت داروخانه در محل فعلی: .....

۷- نام و تعداد داروخانه‌هایی که اخیراً در محدوده داروخانه فعلی جابجا یا تأسیس شده‌اند: .....

۸- آدرس دقیق مقصد: .....  
منطقه شهرداری: .....

وضعیت ملک: الف: نوع تملک: خریداری  استیجاری   
ب: نوع ملک: تجاری  مسکونی   
ج: وضعیت ظاهری ملک: آماده بهره‌برداری  در حال ساخت  در حال تعمیرات

۹- امکانات درمانی مقصد:

درمانگاه <input type="checkbox"/>	تعداد پزشک مقیم: فاصله با داروخانه:
پزشک متخصص <input type="checkbox"/>	تعداد پزشک مقیم: فاصله با داروخانه:
پزشک عمومی <input type="checkbox"/>	تعداد پزشک مقیم: فاصله با داروخانه:

۱۰- نام داروخانه‌های حریم مقصد با ذکر فاصله (متر): .....

تذکرات:

الف. ضمن پاسخ دقیق به اطلاعات درخواستی کروکی دقیق مقصد را در پشت همین برگه مرقوم فرمائید و در غیر اینصورت هیچگونه اقدامی قابل انجام نمی‌باشد.

ب. حداقل مترای جهت داروخانه روزانه ۳۰ متر مربع و شبانه‌روزی ۴۰ متر مربع بوده و ضمناً داروخانه می‌بایست علاوه بر مترای مذکور در همان محل واجد انبار یا بالکن مناسب باشد.

ج. در شهر تهران حداقل فاصله تا داروخانه‌های حریم، ۲۰۰ متر و در شهرهای اطراف تا جمعیت ۲۵۰۰۰۰ نفر ۵۰ متر و از ۲۵۰۰۰۰ نفر تا ۵۰۰۰۰۰ نفر ۱۰۰ متر می‌باشد.

د. هرگونه اظهار نظر قطعی در خصوص تقاضای جابجایی صرفاً به صورت مکتوب پس از انجام کارشناسی لازم صورت خواهد پذیرفت.

ه. حداقل مدت زمان لازم جهت اعلام نتیجه کارشناسی ۱۵ روز خواهد بود.

و. ارائه موافقتنامه از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران جهت متقاضیان انتقالی از آن دانشگاه الزامی است، که پیگیری اظهار نظر کارشناسی از دبیرخانه صورت می‌گیرد.

ز. حضور مؤسس جهت تکمیل فرم درخواست کارشناسی الزامی است.

نشانی دقیق جهت مکاتبه: .....

نام و نام خانوادگی:

امضاء، مهر و شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس: .....