



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت غذا و دارو

فرم ثبت کروکی محل، جهت تأسیس داروخانه

مدیریت محترم نظارت بر امور دارو و مواد اعتیاد آور

با سلام

احتراماً اینجانب دارای مجوز تأسیس داروخانه در شهر
به شماره مورخ بدینوسیله محل پیشنهادی خود را جهت تأسیس داروخانه
اعلام می‌دارم. لذا خواهشمند است دستور اقدامات مقتضی را صادر فرمائید.

آدرس دقیق:

منطقه شهرداری:

۱ - وضعیت ملک:

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | الف - نوع تملک: | <input type="checkbox"/> | خریداری |
| <input type="checkbox"/> | ب - نوع ملک: | <input type="checkbox"/> | تجاری |
| <input type="checkbox"/> | ج - وضعیت ظاهری ملک: | <input type="checkbox"/> | آماده بهره‌برداری |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | در حال ساخت |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | در حال تعمیرات |

۲ - امکانات درمانی مقصد:

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

۳ - 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 مترها جهت داروخانه روزانه ۳۰ متر مربع و شبانه‌روزی ۴۰ متر مربع بوده و ضمناً داروخانه می‌بایست علاوه بر مترها 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. 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: