



تاریخ:

شماره:

پیوست:

بسمه تعالی

نام و نام خانوادگی متقاضی : نام داروخانه : شماره و تاریخ درخواست :

نوع درخواست : تأسیس انتقال محل تبدیل سرویس : روزانه شبانه روزی

آدرس دقیق محل معرفی شده :

(کروکی در پشت صفحه رسم شود)

مشخصات ملک از نظر مالکیت : استیجاری تملیکی نوع ملک : تجاری آپارتمان مسکونی

مساحت کف داروخانه : طول و عرض داروخانه :

انبار داروخانه : زیرزمین بالکن مساحت کف انبار :

چنانچه انبار خارج از محل داروخانه باشد آدرس انبار :

نام و فاصله نزدیکترین داروخانه روزانه :

نام و فاصله نزدیکترین داروخانه شبانه روزی :

امکانات درمانی محل :

مطب فعال پزشکی باب درمانگاه باب بیمارستان باب

چنانچه محل مورد نظر مشمول تبصره ۱ ماده ۱۷ آئین نامه می باشد جدول زیر تکمیل گردد .

ردیف	نام داروخانه های دایر حریم	فاصله تا محل مورد نظر	تعداد مطب فعال در حریم ۱۰۰ متری داروخانه دایر

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

توضیحات :

نام و نام خانوادگی کارشناس : تاریخ بازدید : امضاء :

نظریه کمیسیون قانونی ماده ۲۰ دانشگاه (در صورت انتقال محل) :

محل معرفی شده از سوی آقای / خانم با توجه به آئین نامه و ضوابط و نظریه کارشناسی بازدید از محل مورد تأیید می باشد / نمی باشد .

سرپرست دانشگاه دکتر حسن ابوالقاسمی	نماینده انجمن داروسازان دکتر شهید زمانی
معاون غذا و دارو دکتر جمشید سلام زاده	داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه دکتر سید محمد حسن پیشوا
مدیر نظارت بر امور دارو و مواد اعتیاد آور دکتر فرهاد شاهبازی نیا	داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی دکتر احمد شیبانی

تهران: خیابان ولیعصر، مقابل پارک ساعی، کوچه آبشار، پلاک ۷۵

تلفن: ۸۸۷۷۶۶۵۰ - ۸۸۸۷۴۵۵۴ WWW.SBMU.AC.IR