



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود
معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

« فرم گزارش کارشناسی و مصوبات ابطال و تأسیس داروخانه بطور همزمان در همان محل »

مشخصات داروخانه و محل

نام داروخانه (عام و خاص) شهر / روستا از توابع شهرستان
دانشگاه علوم پزشکی وضعیت ارائه خدمات داروخانه
تاریخ موافقت کمیسیون قانونی ماده 20 با تأسیس / ابطال و تأسیس داروخانه بطور همزمان
شماره و تاریخ پروانه تأسیس داروخانه

مشخصات مؤسس جدید

نام نام خانوادگی شماره شناسنامه کد ملی
تاریخ تولد محل تولد محل صدور نام پدر

شماره و تاریخ پروانه دائم / موقت داروسازی مدرک تحصیلی

مشخصات مؤسس قبلی

نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه کد ملی
تاریخ تولد محل تولد محل صدور

- بررسی کارشناسی

- 1) شماره و تاریخ ثبت درخواست مؤسس در مورد ابطال مجوز داروخانه خود در دانشگاه
- 2) حد نصاب امتیاز و جمعیت محل
- 3) میزان امتیاز کسب شده توسط متقاضی
- 4) ذکر تاریخ شروع به کار و مدت فعالیت داروخانه به نام مؤسس قبلی
- 5) فاصله محل سکونت متقاضی تأسیس داروخانه (در صورتیکه ساکن محل مورد تقاضا نباشد)
- 6) سوابق قبلی متقاضی از نظر تأسیس داروخانه (با قید تاریخ موافقت کمیسیون قانونی با تأسیس داروخانه و انتقال سرمایه یا ابطال مجوز آن)
- 7) معرفی مسئول فنی داروخانه در حال تأسیس (با توجه به فرم ضمیمه شماره 6 ضوابط)
- 8) موارد مورد بررسی دیگر که بایستی بررسی و عنوان گردد.

نظریه کمیسیون :

امضاء و مشخصات کارشناس با ذکر تاریخ :

پرونده داروخانه ----- در جلسه مورخ ----- کمیسیون قانونی ماده
20 امورداروخانه های دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ----- مطرح و با توجه به نامه
شماره ----- مورخ ----- ضمن ابطال مجوز تأسیس
داروخانه ----- بنام خانم / آقای ----- صلاحیت تأسیس داروخانه توسط
خانم / آقای ----- به نام داروخانه ----- در همان محل مورد موافقت قرار گرفت /
نگرفت.

اعضاء کمیسیون :

رئیس دانشگاه :

نماینده انجمن داروسازان :

معاون غذا و دارو :

داروساز آزاد به دعوت رئیس دانشگاه :

مدیر دارویی :

داروساز منتخب سازمان نظام پزشکی شهرستان مرکز استان :

توضیح : درج نام اعضاء کمیسیون در ذیل سمت آنها الزامی است.