



بِسْمِ تَعَالَى



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

« فرم کارشناسی بازدید از محل داروخانه »

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

نام و نام خانوادگی موسس: نام داروخانه:

نوع تقاضا: تاسیس انتقال محل

آدرس فعلی داروخانه (در صورت تقاضای انتقال محل):

آدرس دقیق محل معرفی شده (کروکی محل جدید در پشت صفحه درج شود):

مساحت کف داروخانه: طول و عرض داروخانه:

انبار داروخانه: زیرزمین بالکن هیچکدام

چنانچه انبار خارج از محل داروخانه باشد آدرس انبار:

نام و فاصله نزدیک ترین داروخانه:

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

توضیحات:

نام و نام خانوادگی کارشناس: تاریخ بازدید: امضا:

تایید و امضا معاون غذا و دارو

(دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی)