



# فرم درخواست داروخانه منتخب



اینجناب ..... مؤسس داروخانه ..... به شماره ملی ..... و شماره  
نظام پزشکی ..... متقاضی قرارگیری در لیست داروخانه های منتخب دانشگاه علوم پزشکی استان هرمزگان بوده با اطلاع و آگاهی کامل از  
ضوابط و شرایط مربوطه متقاضی انتخاب به عنوان داروخانه منتخب در زمینه ی:

- بیماری های خاص (تالاسمی-هموفیلی-ام اس- موکوپلی ساکاریدوز-پیوند اعضا- سیستمیک فیبروزسیس-نقص ایمنی اولیه)
- داروهای مورد استفاده در شیمی درمانی(مختص مرکز استان، بندرعباس)
- داروهای بیمارستانی(تأمین دارو های مورد نیاز مرکز جراحی محدود و داروهای اورژانس مؤسسات پزشکی مراکز درمانی)
- داروهای دارای برنامه توزیع (من جمله انسولین های قلمی Novorapid, Novomix, Lantus و ...)

می باشم.

## توضیحات:

۱. مجوز عرضه داروهای خاص توسط داروخانه، پس از تایید در کمیسیون قانونی ماده ۲۰ دانشگاه یک ساله می باشد.
۲. در صورتی که امتیاز ارزشیابی داروخانه به دلایلی همچون قاچاق، گرانفروشی، عدم حضور مسئول فنی یا فروش اقلام تاریخ گذشته کمتر از امتیاز اشاره شده در بند مربوط(موجود در دستور العمل نحوه گزینش داروخانه های منتخب) گردد یا داروخانه مرتکب جرایم فوق شود یا در مراجع قضایی و تعزیراتی، سازمان نظام پزشکی و کمیسیون ماده ۲۰ در حوزه های مربوط به دارو محکوم شود بلافاصله مجوز عرضه داروهای خاص داروخانه متوقف و با تأیید کمیسیون لغو میشود.
۳. چنانچه داروخانه منتخب پس از انتخاب، اقدامات لازم در خصوص جذب پلن های اعلامی از سمت معاونت غذا و دارو را انجام ندهد و یا مقررات مربوط به ثبت و آماردهی در سامانه های مربوطه را انجام ندهد و یا کارشناسان مربوط در معاونت همکاری مناسبی نداشته باشد بلافاصله مجوز عرضه داروهای خاص داروخانه متوقف و با تأیید کمیسیون لغو میشود.
۴. در شرایط کمبود شدید، دانشگاه می تواند تا ۱۰٪ از داروخانه های منتخب گروه مربوطه را موقتاً به عنوان "منتخب ویژه آن گروه" اعلام نماید.
۵. بدیهی است که در صورت اجرایی شدن ضابطه اعتبار بخشی داروخانه ها در هر زمان، پس از ایجاد زیر ساخت های لازم در سامانه TTAC، لیست نهایی داروخانه های منتخب استان هرمزگان کان لم یکن تلقی خواهد گردید.

مهر و امضاء مؤسس

تاریخ