

« معرفی جانشین مؤسس »

شماره:

معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ----- تاریخ:

اینجانب ----- مؤسس داروخانه ----- به شماره پروانه تأسیس (مجوز بهره برداری) ----- تاریخ ----- با توجه به اینکه از تاریخ ----- تا تاریخ ----- به دلیل ----- (طبق مستندات پیوست) قادر به حضور در داروخانه نمی باشم؛ بدینوسیله خانم / آقای ----- داروساز دارای مدرک تحصیلی ----- را بعنوان جانشین مؤسس داروخانه، در مدت زمان فوق معرفی می نمایم.
مهر و امضاء

اینجانب خانم/آقای ----- (ضمن ارائه مدرک تحصیلی داروسازی، کارت ملی و شناسنامه، پذیرش حداقل یک شیفت مسئولیت فنی داروخانه مذکور، ارائه تعهد نامه محضری و پذیرش مسئولیت تضامنی با مؤسس داروخانه در حوزه وظایف و مسئولیت های مؤسس) با علم و اطلاع از ضوابط و مقررات مربوطه، حاضر به پذیرش جانشین مؤسس داروخانه ----- از تاریخ ----- تا تاریخ ----- می باشم.

مهر و امضاء

نظریه معاون / مدیر غذا و دارو
با پذیرش جانشین مؤسس داروخانه ----- توسط خانم/ آقای (داروساز) ----- در مدت زمان مورد اشاره موافقت می گردد نمی گردد .

مهر و امضاء

در صورت تأیید معاون / مدیر غذا و دارو، مؤسس و جانشین معرفی شده (داروساز واجد شرایط) با هماهنگی دفتر حقوقی سازمان غذا و دارو (دفتر حقوقی دانشگاه به تشخیص سازمان) نسبت به ارائه قرارداد محضری فی مابین مؤسس و جانشین اقدام می نمایند. بدیهی است صدور مجوز فعالیت جانشین مؤسس منوط به ارائه تعهد نامه محضری می باشد.