



تاریخ :

تعهد نامه محضری ایمنی ملک

اینجانب با کد ملی دارای موافقت اصولی تاسیس داروخانه به شماره به تاریخ هرگونه مشکلات ناشی از مسایل ایمنی، امنیتی، ساختمانی، مالکیت و تاسیس داروخانه به آدرس را می پذیرم و در صورت هرگونه حادثه، اعتراض یا شکایات احتمالی مسئولیت و عواقب ناشی از آن را پذیرا خواهم بود و در صورت اثبات خلاف واقع بودن اظهارات فوق الذکر اینجانب ملزم به تعطیل و تغییر مکان و یا اخذ رضایت ظرف مدت یک ماه می باشم و سازمان غذا و دارو و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اردبیل هیچگونه مسئولیتی در این مورد نخواهد داشت.