



معاون مدیر محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

اینجانب مؤسس داروخانه در شهر/روستا ضمن اعلام اینکه به انجام وظایف خود طبق شرح وظایف مؤسس مندرج در آئین نامه داروخانه ها متعهد می شوم بدینوسیله خانم/آقای را جهت پذیرش مسئولیت فنی ساعت تا این داروخانه از تاریخ تا تاریخ معرفی می نمایم.

نام؛ مهر، امضاء و تاریخ

• این قسمت توسط متقاضی پذیرش مسئولیت فنی تکمیل گردد

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد:
محل تولد: شماره ملی: آخرین مدرک تحصیلی و تاریخ دریافت آن:
ساکن: شماره تماس:
متعهد به سکونت در محل جغرافیایی داروخانه بوده و مسئولیت فنی داروخانه:
در ساعات فوق را می پذیرم.
سوابق اشتغال متقاضی در بخشهای دولتی و غیر دولتی تاکنون بشرح زیر (پنج سال اخیر):

ردیف	نوع فعالیت	محل خدمت و آدرس آن	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

نام؛ مهر، امضاء و تاریخ

تذکر- چنانچه صلاحیت متقاضی تاکنون توسط کمیسیون ماده ۲۰ هیچ یک از دانشگاهها / دانشکدههای علوم پزشکی تأیید نشده باشد، لازم است موضوع تأیید صلاحیت فنی متقاضی در کمیسیون قانون ماده ۲۰ مطرح گردد.