



خدمات بهداشتی درمانی ایران

بسمه تعالی

شماره: ...

تاریخ: ...

پوست: ...

تعهدنامه ملک داروخانه

اینجانب فرزند..... دارای مجوز تاسیس داروخانه به شماره مورخ هرگونه مشکلات ناشی از ملکیت داروخانه واقع در شهرستان / شهر خیابان پلاک واحد طبقه..... را می پذیرم و در صورت هر گونه 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 یکماه می باشم و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران و اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر وزارت متبوع هیچگونه مسئولیتی در این مورد نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی

مهر و امضای موسس داروخانه

تاریخ

