

## فرم درخواست ابطال و تاسیس همزمان داروخانه در همان محل

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاون/مدیر محترم غذا و دارو

درخواست ابطال

بدینوسیله اینجانب /اینجانبان

واقع

با کد شماره

مجوز تاسیس داروخانه خود به نام

را

پلاک

کوچه

خیابان

در شهر/روستا

بطور همزمان جهت تاسیس

داشته و تقاضا می گردد تا صلاحیت خانم/آقای

داروخانه در همان محل مورد رسیدگی قرار گیرد.

تاریخ:

نام و نام خانوادگی و امضای موسس/موسسین

متقاضی تاسیس داروخانه در محل داروخانه

بدینوسیله اینجانب

می باشم و تقاضای بررسی صلاحیت خود بعنوان موسس جدید را

سابق

دارم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضای متقاضی