



مشاوره تحصیلی هیوا

تخصصی ترین سایت مشاوره کشور

مشاوره تخصصی ثبت نام ، انتخاب رشته و برنامه ریزی
کنکور کارشناسی ارشد وزارت علوم و بهداشت

برای ورود به صفحه مشاوره کنکور کارشناسی ارشد کلیک کنید

تماس با مشاور تحصیلی کنکور کارشناسی ارشد

۹۰۹۹۰۷۱۷۸۹



تماس از تلفن ثابت

هیوا تخصصی ترین سایت مشاوره کشور

متقاضی تاسیس داروخانه در موارد ذیل می باشم:

نوع فعالیت داروخانه مورد تقاضا (روزانه، نیمه روز، شبانه‌روزی)	نام دقیق محل مورد تقاضا (شهر، روستا)
	-1
	-2
	-3

همچنین قبلاً مجوز تاسیس داروخانه در شهر / روستا تابع شهرستان..... دانشگاه علوم پزشکی.....
 اخذ نموده و سپس مجوز آنرا ابطال نموده ام.
 اینجانب متعهد می شوم که اطلاعات فوق صحیح بوده و در صورت اثبات خلاف اظهارات اعلام شده، دانشگاه مجاز به لغو مجوز صادره خواهد بود.

نام و نام خانوادگی - امضاء متقاضی

✂

تفاضای ثبت نام خانم/آقای جهت تاسیس داروخانه دریافت و به شماره در تاریخ در این دبیرخانه ثبت گردید.	ثبت
مهر و امضای دبیرخانه	

تذکر: هر گونه تغییر آدرس و شماره تلفن می بایست در اسرع وقت به اطلاع امور دارویی دانشگاه برسد و در صورت عدم

اطلاع به دانشگاه ، حقی برای متقاضی محفوظ نمی باشد.

WWW.PHARMACY.FDA.GOV.IR

www.Heyvagroup.com