فرم بررسی صلاحیت مسئول فنی شرکت پخش دارویی توسط کمیسیون قانونی

مشخصات مسئول فنی :

|  |
| --- |
| **اینجانب:****1-1) نام و نام خانوادگی: فرزند: 1-5) شماره شناسنامه:** **1-2) تاریخ تولد: 1-6) محل صدور:** **1-3) محل تولد: 1-7) کد ملی مسئول فنی:** **1-4) شماره نظام پزشکی: 1-8) شماره و تاریخ پروانه داروسازی:** **موافقت خود را با پذیرش مسئولیت فنی شرکت پخش: از تاریخ اعلام داشته متعهد به انجام کلیه مفاد تعهدنامه شماره فرم 3358233003 (پیوست) می شوم.**مهر و امضای مسئول فنی  |

مشخصات مدیر :

|  |
| --- |
| **اینجانب مدیر شرکت : به شماره ثبت به مشخصات فردی زیر:****2-1) نام و نام خانوادگی: 2-5) شماره شناسنامه:** **2-2) تاریخ تولد: 2-6) محل صدور:** **1-3) محل تولد: 2-7) کد ملی مدیر:** **2-4) تاریخ مجوز تأسیس پخش: 2-8) شماره و تاریخ پروانه تأسیس:** **موافقت خود را با مسئولیت فنی آقای دکتر به مشخصات فوق اعلام می دارم.**مهر و امضای مدیر  |
| **4) نظریه کارشناسی اداره کل دارو:** **بدینوسیله اعلام می گردد دكتر در اوقات صبح در هیچیک از داروخانه های بخش خصوصی سطح استان مسئولیت فنی تقبل ننموده است.** **مشخصات و امضاء**  |
| **نظریه کمیسیون :** **پرونده آقای/خانم دکتر برای پذیرش مسئولیت فنی شرکت پخش : در جلسه مورخ کمیسیون قانونی مطرح و با استناد به محتویات پرونده، صلاحیت مسئولیت فنی نامبرده جهت ساعات 8 الی 16 شرکت مذکور مورد موافقت قرار گرفت / نگرفت.****صدور پروانه مسئولیت فنی به شرط تکمیل مدارک ، بر اساس ضوابط ایلاغی بلامانع خواهد بود.** **دكتر صومي دكتر نعمتي دكتر آقاجاني**  **رئيس دانشگاه معاون غــذا و دارو مدير دارو**  **دكتر يزدانشناس دکتر حمیدی دكتر انصافی** **نماينده سازمان نظام پزشكي تبريز داروسـاز آزاد نماينده انجمن داروسازان استان**  |