

فرم شماره ۲:

اینجانب..... با کد ملی..... و شماره نظام پزشکی..... متعهد می‌گردم طی مدت ۶ ماه از زمان صدور مجوز اولیه تاسیس داروخانه (موافقت اصولی) و پروانه مسئولیت فنی، گواهی گذراندن دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی بر اساس ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو را به معاونت/ مدیریت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی ارائه کنم، در غیر این صورت شکایتی نسبت به تعلیق مجوز / پروانه صادره تا زمان اجرای تعهد نخواهم داشت. همچنین اقرار می‌نمایم که از عدم امکان تمدید این تعهد آگاهم.

مهر و امضاء متقاضی