



« فرم درخواست ابطال داروخانه »

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار

معاون محترم غذا و دارو

بدینوسیله اینجانب.....فرزند.....با کد ملی..... درخواست ابطال مجوز
تأسیس داروخانه خود به نام با کد شماره / شماره پروانه
داروخانه.....واقع در شهر/ روستا خیابان
.....کوچه پلاک را بدون هیچ شرطی داشته و
ضمناً در صورت موافقت کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه ها با درخواست اینجانب نسبت به اخذ
مفاصا حساب شرکتهای پخش دارو اقدام نموده و مسئولیت قانونی مربوط به بدهی مالی داروخانه را تا
تاریخ موافقت کمیسیون مذکور به عهده می گیرم.

تاریخ :

نام و نام خانوادگی و امضای مؤسس