**بسمه تعالی**

**تعهدنامه موسس و مسئول فنی داروخانه شبانه روزی**

**معاونت محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

**اینجانب ........................................................................ موسس داروخانه ............................................................ واقع در شهر/ روستا ....................................................... با کد ملی ............................................................. و شماره نظام پزشکی ........................................ متعهد می گردم جهت تمامی ساعات فعالیت داروخانه شبانه روزی خود (24 ساعت) مسئول فنی مقیم (با حضور) معرفی نمایم و در صورت باز بودن داروخانه و ارائه خدمات دارویی بدون حضور مسئول فنی، برابر ماده 25 آئین نامه داروخانه ها معاونت غذا و دارو مجاز به برخورد قانونی با داروخانه و ارجاع پرونده آن داروخانه به کمیسیون ماده 20 امور داروخانه ها جهت تبدیل وضعیت داروخانه از شبانه روزی به روزانه خواهد بود.**

**مهر و امضاء اثر انگشت موسس داروخانه**

**اینجانب ...................................................... با کد ملی .................................................... و شماره نظام پزشکی .............................. مسئول فنی ساعات ...................................... در داروخانه شبانه روزی .................................................... واقع در شهر/ روستا ......................................... متعهد می گردم در تمامی ساعات مندرج در پروانه مسئول فنی صادر شده جهت آن داروخانه حضور فعال داشته باشم و در صورت عدم حضور، بر اساس ماده 25 آئین نامه داروخانه ها معاونت غذا و دارو مجاز به برخورد قانونی و ارسال پرونده به کمیسیون ماده 20 جهت تعلیق گواهی تشخیص صلاحیت مسئولیت فنی و تعلیق پروانه مسئول فنی صادره خواهد بود.**

**مهر و امضاء و اثر انگشت مسئول فنی داروخانه**

**اینجانب ...................................................... با کد ملی .................................................... و شماره نظام پزشکی .............................. مسئول فنی ساعات ...................................... در داروخانه شبانه روزی .................................................... واقع در شهر/ روستا ......................................... متعهد می گردم در تمامی ساعات مندرج در پروانه مسئول فنی صادر شده جهت آن داروخانه حضور فعال داشته باشم و در صورت عدم حضور، بر اساس ماده 25 آئین نامه داروخانه ها معاونت غذا و دارو مجاز به برخورد قانونی و ارسال پرونده به کمیسیون ماده 20 جهت تعلیق گواهی تشخیص صلاحیت مسئولیت فنی و تعلیق پروانه مسئول فنی صادره خواهد بود.**

**مهر و امضاء و اثر انگشت مسئول فنی داروخانه**

**اینجانب ...................................................... با کد ملی .................................................... و شماره نظام پزشکی .............................. مسئول فنی ساعات ...................................... در داروخانه شبانه روزی .................................................... واقع در شهر/ روستا ......................................... متعهد می گردم در تمامی ساعات مندرج در پروانه مسئول فنی صادر شده جهت آن داروخانه حضور فعال داشته باشم و در صورت عدم حضور، بر اساس ماده 25 آئین نامه داروخانه ها معاونت غذا و دارو مجاز به برخورد قانونی و ارسال پرونده به کمیسیون ماده 20 جهت تعلیق گواهی تشخیص صلاحیت مسئولیت فنی و تعلیق پروانه مسئول فنی صادره خواهد بود.**

**مهر و امضاء و اثر انگشت مسئول فنی داروخانه**