کد مدرک : 00/02 FO 41

ضمیمه شماره 2

**«فرم بررسی تقاضای تاسیس داروخانه در کمیسیون قانونی ماده 20»**

الف) مشخصات متقاضی :

1. نام : نام خانوادگی : فرزند : شماره شناسنامه :

محل صدور : تاریخ تولد : محل تولد : شماره ملی :

ساکن : تلفن :

1. در صورتیکه درخواست تاسیس از طرف شرکت یا ارگان یا سازمان باشد ، نام شرکت یا ارگان یا سازمان متقاضی :

ب) مشخصات محل مورد تقاضا جهت تاسیس داروخانه :

1. نام محل مورد تقاضا (به تفکیک شهر یا روستا):
2. جمعیت شهر یا روستای مورد تقاضا :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. امکانات دارویی محل | روزانه | | | نیمه وقت | | | شبانه روزی | | | جمع |
| آزاد | داخلی درمانگاهی | داخلی بیمارستانی | آزاد | داخلی درمانگاهی | داخلی بیمارستان | آزاد | داخلی درمانگاهی | داخلی بیمارستانی |
| تعداد داروخانه های دایر دارای مجوز تاسیس |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تعداد داروخانه های دایر فاقد مجوز تاسیس |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تعداد مجوزهای دارای مهلت تاسیس داروخانه جهت بهره برداری در محل |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تعداد داروخانه هایی که به طور موقت تعطیل می باشند . |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. امکانات درمانی محل :

تعداد مطب آزاد : تعداد بیمارستان : تعداد درمانگاه (دولتی و خصوصی) :

ج) نوع داروخانه مورد تقاضا :

روزانه 🞏 نیمه وقت 🞏 شبانه روزی 🞏

**نام و نام خانوادگی کارشناس تکمیل کننده فرم :**

**تاریخ و امضاء:**