



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
معاونت غذا و دارو

تعهد نامه اقامت مسؤل فنی در محل داروخانه

اینجانب با کد ملی..... و شماره نظام پزشکی..... متقاضی پذیرش مسؤلیت فنی داروخانه..... در ایام و ساعات با علم و آگاهی کامل از مقررات و آئین نامه های مربوط در کمال آزادی اراده و صحت و سلامت عقلانی تعهد و اقرار می نمایم به اینکه در محدوده جغرافیایی محل تأسیس داروخانه فوق اقامت داشته و نسبت به اجرای وظایف مسؤل فنی داروخانه و رعایت کلیه مقررات مربوطه اقدام نمایم. ضمناً در رابطه با موارد فوق حق هرگونه ادعا و شکایت علیه سازمان غذا و دارو و دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی را در کلیه مراجع از خود سلب می نمایم.

مهر و امضا