



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور

تعهد نامه اقامت در ناحیه جغرافیایی محل داروخانه برای متقاضی پذیرش مسئولیت فنی

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

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا