



شعبه تهران

فرم ثبت گروهی جابجایی محل داروخانه

اینجانب موسس داروخانه درخواست جابجایی محل داروخانه خود را دارم لذا خواهشمند است دستور اقدامات مقتضی را صادر فرمایید .

۱. آدرس محل فعلی :
منطقه شهرداری :

۲. نام داروخانه های حریم محل فعلی با ذکر فاصله (متر از)

۳. امکانات درمانی محل فعلی :

درمانگاه تعداد پزشک مقیم : فاصله با داروخانه :
پزشک عمومی تعداد پزشک مقیم : فاصله با داروخانه :
پزشک متخصص تعداد پزشک مقیم : فاصله با داروخانه :

۴. میانگین تعداد نسخ بیمه در ماه تعداد نسخ آزاد در ماه

۵. علت انتقال : انتقال سرمایه استیجاری بودن ملک عدم کشش داروخانه

۶. سابقه فعالیت داروخانه در محل فعلی :

۷. نام و تعداد داروخانه هایی که اخیراً در محدوده داروخانه فعلی جابجا یا تأسیس شده اند .

۸. آدرس دقیق مقصد :

منطقه شهرداری :
متر از مکان :

وضعیت ملک : الف (نوع تملک : خریداری استیجاری

ب (نوع ملک : تجاری مسکونی

ج (وضعیت ظاهری ملک آماده بهره برداری در حال ساخت در حال تعمیر

۹. امکانات درمانی مقصد :

درمانگاه پزشک پزشک عمومی

۱۰. نام داروخانه های حریم مقصد با ذکر فاصله (متر از)

تذکرات :

الف : ضمن پاسخ دقیق به اطلاعات درخواستی گروهی دقیق مقصد را در پشت همین برگه مرقوم فرمایید در غیر این صورت هیچگونه اقدامی قابل انجام نمی باشد .

ب : حداقل متر از جهت داروخانه روزانه ۳۰ متر مربع و شبانه روزی ۴۵ متر مربع بوده و ضمناً داروخانه می بایست علاوه بر متر از مذکور در همان محل واجد انبار یا بالکن مناسب باشد .

ج : در شهر تهران حداقل فاصله تا داروخانه های حریم ۲۰۰۰ متر و در شهرهای اطراف تا جمعیت ۲۵۰۰۰۰ نفر تا ۵۰ متر و از ۲۵۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰۰ نفر ۱۰۰ متر می باشد .

د : هرگونه اظهار نظر قطعی در خصوص تقاضای جابجایی صرفاً به صورت مکتوب پس از انجام کارشناسی لازم صورت خواهد پذیرفت .

ه : حداقل مدت زمان لازم جهت اعلام نتیجه کارشناسی پانزده روز خواهد بود .

و : ارائه موافقتنامه از دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت متقاضیان انتقالی از آن دانشگاه الزامی است .

ز : حضور موسس جهت تکمیل فرم درخواست کارشناسی الزامی است .

نشانی دقیق جهت مکاتبه :

نام موسس و مهر امضاء

تاریخ

تلفن تماس: