

به نام خدا

تعهد نامه اقامت در ناحیه جغرافیایی محل داروخانه

اینجانب با کد ملی و شماره نظام پزشکی متقاضی پذیرش مسئولیت فنی داروخانه در ایام 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 تأسیس داروخانه فوق اقامت داشته و نسبت به اجرای وظایف مسئول 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 .

امضا، مهر و اثر انگشت