

تعهد نامه ملك انبار خارجى داروخانه

اين جانب..... فرزند..... داراى مجوز تاسيس داروخانه به شماره

.....

مورخ هر گونه مشكلات ناشى از مالكيّت و استفاده از انبار خارجى داروخانه واقع در

شهرستان /شهر..... خيابان پلاک

..... واحد طبقه را مى پذيرم و در صورت هر گونه اعتراض يا شکايات احتمالى،

مسئوليت و عواقب ناشى از آن را پذيرا خواهم بود و در صورت اثبات خلاف واقع بودن اظهارات فوق

الذکر اينجانب ملزم به تخليه و تغيير مکان و يا اخذ رضايّت از مالکين ظرف مدت يكماه مى باشم و

دانشگاه علوم پزشکى و درمانى شهيد بهشتى و اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر وزارت

متبوع هيچگونه مسؤليّتى در اين مورد نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگى

مهر و امضای موسس داروخانه

تاريخ