

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

..... İli İlçesi Mah. Cad.

Sokağı numaralı mahalde bulunan eczanesini eczanesi
adı altına devir almak istiyorum. Gerekli işlemin yapılmasını arz ederim.

Eczacının ikametgah Aresi :

Devir eden eczacının
İsmi ve İmzası

Devir alan eczacının
İsmi ve İmzası

BEYANNAME

Eczacının Diplomadaki Adı ve Soyadı.	
Diploma Tarihi Diploma No ve Okulu.	
Eczacının başka bir yerde resmi veya hususi görevinin olup olmadığının açıklanması var ise ayrıldığına dair resmi belgenin gönderilmesi.	
Eczacı daha evvel eczane açmış veya mes'ul müdürlük yapmış ise, Eczanenin Adı, İli ve İlçenin belirtilmesi.	
Eczane veya depoya verilen Ad.	
Askerliğini yapmış ise terhis tarihi.	
Eczacının Eczane (Ecza deposu) nun bağlı bulunduğu Bölge Eczacı Odası Kayıt tarihi ve No'su.	

Not : Açmak istediğim eczane kendime ait olup, herhangi bir ortaklığın söz konusu olmadığını, Eczane açıldıktan sonra böyle bir durumun tespiti halinde ise Eczanemin derhal kapatılarak, ruhsatının iptal edilmesini kabul ve beyan ederim.

Beyanda bulunanın İsmi ve İmzası

NÜFUS HÜVİYET CÜZDANININ :

Adı :
Soyadı :
Baba adı :
Ana adı :
Doğum yeri :
Doğum Tarihi :
Dini :

NÜFUSTA KAYITLI OLDUĞU YERİN

İli :
İlçesi :
Mahale / Köyü :
Cilt No:..... Sayfa No:..... Kütük Sıra No:.....
Veriliş nedeni :
Cüzdan No:..... Veriliş tarihi:.....
Verilen Nüfus idaresi :