

نام داروخانه

شماره پروانه تاسیس

تاریخ صدور پروانه

روز ماه سال ۱۳

نام موسس

نام خانوادگی موسس

آدرس داروخانه

کد پستی

تلفن ضروری

تاریخ شروع فعالیت

روز ماه سال ۱۳

اشتغال موجود

اشتغال جدید

کد بیمه داروخانه

نیمه وقت / روزانه / شبانه روزی

نوع داروخانه

اطلاعات شاغلین (این قسمت به تعداد شاغلین در داروخانه تکمیل گردد.)

نام

نام خانوادگی

نام پدر

شماره شناسنامه

شماره ملی

جنسیت

روز ماه سال ۱۳

تاریخ تولد

محل تولد

مدرک تحصیلی

رشته تحصیلی

عنوان شغل

نوع بیمه

کد بیمه

تاریخ شروع به کار روز ماه سال ۱۳

خیر

بلی

آیا سابقه کار قبلی دارد؟

تلفن ضروری

.....

منابع مالی

کل سرمایه گذاری