اینجانب ----------------------- با مشخصات فوق، دارای موافقت اصولی به شماره ----------------در تاریخ ---------------- هر گونه مشکلات ناشی از مسائل ایمنی، امنیتی، ساختمانی مالکیت و تاسیس داروخانه واقع در ادرس--------------------------، به شماره کد پستی--------------- را می پذیرم و در صورت هر گونه حادثه اعتراض یا شکایات احتمالی، مسئولیت و عواقب ناشی از آن را پذیرا خواهم بود و درصورت اثبات خلاف واقع بودن، اظهارات فوق الذکر اینجانب ملزم به تعطیل و تغییر مکان تا اخذ رضایت ظرف مدت یکماه می باشم و سازمان غذا و دارو و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد هیچ گونه مسئولیتی در این مورد نخواهد داشت.