



الدمغة

إستمارة تجديد رخصة صيدلية للعام 2014 م رخصة (ب)

(تملأ الفراغات بخط واضح ومقروء، لا يقبل الكشط أو التعديل)

اسم مقدم الطلب.....الصفة / المالك المفوض
إسم الصيدلية.....رقم الرخصة (.....)
عنوان المالك:

المحلية.....الحي.....المربع.....
رقم العقار.....الشارع.....:الهاتف.....
عنوان الصيدلية:

المحلية.....الحي.....المربع.....
رقم العقار.....الشارع.....:الهاتف.....

إقرار (ب - 1)

انا المالك / المفوض عن الصيدلية أعلاه أقر عند منحي تجديد الرخصة بالاتي :

- مزاوله المنشأة للعمل وفقاً لأحكام القوانين واللوائح المنظمة للعمل الصيدلاني.
- عدم مزاوله الصيدلية لنشاطها إلا تحت المسؤولية الفنية للصيدلي المسؤول الذي يعمل بها لمدة (8) ساعات يومياً على الأقل.
- وجود سجل يحوي التسجيل المستديم لكل الصيادلة العاملين بالمنشأة إضافة إلي صورة من اتفاق العمل المبرم مع كل منهم وصورة لأي من الأوراق الثبوتية وصورة فوتوغرافية حديثة وكذلك سجل للعاملين وعرضه للمراجعة متى ماطلب ذلك.

- الالتزام بالموجهات والضوابط والأوامر الصادرة من الادارة.

- الألتزام باستخراج بطاقة لكل الصيادلة العاملين بالصيدلية من الادارة .

- ان تكون خدمة الهاتف الخاصة بالصيدلية مفعلة باستمرار .

- الالتزام بالتدريب المستمر للكوادر وتأهيلهم .

- كما اقر بأن الصيادلة العاملين بالصيدلية حسب الفترة الزمنية هم :

| الوردية | الزمن | اسم الصيدلي | رقم التسجيل | البريد الالكتروني | رقم الموبايل | اعتماد الصيدلي المسؤول |
|---------|-----------------|-------------|-------------|-------------------|--------------|------------------------|
| الأولى | من.....إلى..... | | | | | |
| الثانية | من.....إلى..... | | | | | |
| الثالثة | من.....إلى..... | | | | | |
| الرابعة | من.....إلى..... | | | | | |

وهذا إقرار مني بذلك ،،،

اسم صاحب الاقرار:.....التوقيع:.....التاريخ:...../...../2014م

بيانات المدير الفني (الصيدلي المسؤول):

اسم الصيدلي.....رقم التسجيل المستديم (.....)

عنوان الصيدلي المسؤول:

المحلية.....الحي.....المربع.....

رقم العقار.....الشارع.....الجوال.....

البريد الإلكتروني:.....

إقرار (ب- 2)

انا المدير الفني للصيدلية أعلاه أقر بالآتي :

- المسؤولية الكاملة عن أي مخالفة لأحكام القوانين واللوائح المنظمة للعمل الصيدلاني التي قد تحدث مادامت المنشأة تحت إشرافي ومسئوليتي.
- أنني وبموجب القوانين واللوائح والأوامر الصادرة أعلاه أظل مسؤولاً عن هذه المنشأة حتى في حالة تركي للعمل بها ما لم أبلغ الإدارة بذلك كتابة وتسلم الرخصة الخاصة بالمنشأة .
- عدم التسجيل لأي منشأة صيدلانية أخرى مادامت هذه الصيدلية تحت مسئوليتي وإشرافي.
- العمل بهذه الصيدلية فترة لاتقل عن (8 ساعات) يومياً.
- العمل باخلاص وتفاني على تدريب صيادلة الامتياز .
- الالتزام بالنظم ومعايير الممارسات الصيدلانية الجيدة.
- تسهيل مهمة مفتش الرقابة والامتثال لما يطلبه وتنفيذه.
- الالتزام بالموجهات والضوابط والاورام الصادرة من الإدارة .

وهذا إقرار مني بذلك ،،،

اسم صاحب الاقرار:.....التوقيع:.....التاريخ:...../...../..... 2014 م

بيانات تُراجع بواسطة الإدارة :

أصل رخصة (2013) خطاب التفويض إقرار (ب - 1)

إقرار (ب - 2) صورة التسجيل المستديم

اسم الموظف توقيعه.....

اسم الصيدلي:..... توقيعه:.....

الوحدة الحسابية:

الرسوم المقررة جنيه فقط:

رقم الإيصال تاريخ الإيصال

اسم المتحصل.....توقيعه.....

اعتماد مدير المؤسسات الصيدلانية الخاصة.....