



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وزارة الصحة - ولاية الخرطوم
الإدارة العامة للصيدلة



استمارة تجديد
رخصة مستودع صيدلاني (شركة) للعام 2016 م
رخصة (أ)

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

المفوض

اسم مقدم الطلب.....الصفة / المالك

المستودع الصيدلاني.....بالرخصة رقم (.....)

عنوان المستودع:

المحلية.....الحي.....المربع.....

رقم العقار.....الشارع.....الهاتف.....

إقرار المالك:

انا المالك/ المفوض عن المستودع الصيدلاني أعلاه أقر عند منحي تجديد الرخصة بالآتي :

- مزاولة العمل وفقاً لأحكام القوانين واللوائح المنظمة للعمل الصيدلاني.
- عدم تواجد أي منتجات أو أصناف بأي من غرف المستودع عدا تلك المسجلة الخاصة بالمستودع.
- عدم بيع أي منتجات أو أصناف إلا لمنشأة تحمل الرخصة (ب) أو (ج) أو (ط) سارية مع مراعاة التقيد بالقوائم التي يصدرها المجلس لكل الرخص، أو بيع المواد الخام ومواد التعبئة للرخصتين (د، هـ).
- وجود سجل يحوي التسجيل المستديم لكل الصيادلة العاملين بالمنشأة إضافة إلى صورة لأي من الأوراق الثبوتية وصورة فوتوغرافية حديثة وكذلك سجل للعاملين وعرضه للمراجعة متى ماطلب ذلك.
- توفير خدمة الهاتف والفاكس الخاصة بالمستودع مفعلة باستمرار.
- تسهيل مهمة مفتش الرقابة والامتثال لما يطلبه وتنفيذه.
- ألا يعمل هذا هذا المستودع الصيدلاني إلا تحت المسؤولية الفنية للصيدلي المسؤول لمدة (8) ساعات يومياً على الأقل .
- الالتزام بالموجهات والضوابط والأوامر الصادرة من الإدارة.
- الالتزام بالشروط والمواصفات التي بموجبها تم منح الرخصة .
- عدم اضافة او الغاء اجزاء من المستودع أو تغيير المواصفات دون أخذ الموافقة الكتابية من الإدارة.
- التدريب المستمر للكوادر وتأهيلهم.

- كما اقر بأن الصيادلة العاملين بالشركة هم :-

| الرقم | إسم الصيدلي | رقم التسجيل المستديم | رقم الجوال | البريد الإلكتروني |
|-------|-------------|----------------------|------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |

وهذا إقرار مني بذلك،،،،

اسم وتوقيع صاحب الإقرار:

الاسم :.....التوقيع :.....التاريخ:...../...../2016م

اعتماد مالك الرخصة:.....

- يجب إرفاق قائمة بأسماء الصيادلة العاملين بالمؤسسة المالكة للمستودع وفق الجدول أعلاه

بيانات المدير الفني(الصيدلي المسؤول):

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

عنوان الصيدلي المسؤول:

المحلية.....الحي.....المربع.....
رقم العقار.....الشارع.....الهاتف:.....
الفاكس.....البريد الإلكتروني:.....

إقرار المدير الفني

انا المدير الفني للمستودع الصيدلاني اعلاه اقر بالاتي :

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

وهذا إقرار مني بذلك ،،،

اسم صاحب الاقرار.....التوقيع:.....التاريخ:...../...../..... 2016 م

بيانات تُراجع بواسطة الإدارة:

إقرار المالك خطاب التفويض أصل رخصة (2015)
إقرار المدير الفني صورة التسجيل المستديم قائمة الصيادلة العاملين

اسم الموظفتوقيعه.....
اسم الصيدلي:.....توقيعه:.....

الوحدة الحسابية:

الرسوم المقررة جنيه فقط
رقم الإيصال تاريخ الإيصال

اسم المتحصل.....توقيعه.....
قرار مدير المؤسسات الصيدلانية الخاصة.....