

طلب الترخيص لصيدلية عامة

السيد الدكتور مدير إدارة الصيدلة

تحية طيبة و بعد ،،،

أرجو الموافقة على استخراج ترخيص لصيدلية و بياناتى كالتالى:

اسم ولقب طالب الترخيص :

تاريخ الميلاد : / / الجنسية :

عنوان السكن : رقم التليفون :

أسماء و عنوانين الصيدليات التى أملكها أو أشارك فيها :

أسم الصيدلية : عنوانها :

أسم الصيدلية : عنوانها :

الاسم التجارى للصيدلية المطلوب ترخيصها :

عنوان الصيدلية المطلوب ترخيصها :

اسم مالك العقار الكائن به الصيدلية:

نوع الترخيص المطلوب:

اسم مدير الصيدلية :

رقم قيد الصيدلية :بسجلات وزارة الصحة :

رقم قيد مدير الصيدلية فى النقابة :

رقم قيد مزاوله مدير الصيدلية لمهنة الصيدلة:

رقم الإيصال الدال على سداد رسم النظر :

تحريراً فى / / ٢٠

اسم طالب الترخيص

دكتور/

توقيع /

استلمت أنا /

الطلب المقدم من السيد الدكتور/
مستوفياً كافة متطلبات الحصول على الخدمة (المستندات / الرسوم) و قيد الطلب برقم

بشأن

التاريخ المحدد لإنجاز الخدمة / / ٢٠

توقيع الموظف المختص

المستندات الأساسية المطلوبة لقبول طلب الترخيص لمؤسسة صيدلية

- ١ - طلب فتح مؤسسة صيدلية علي النموذج المرفق (مرفق ١)
- ٢ - إيصال رسم نظر أو حوالة بريدية باسم المنطقة الطبية بمبلغ خمسة جنيهات
- ٣ - شهادة الميلاد أو مستخرج رسمي منها للصيدلي طالب الترخيص
- ٤ - صحيفة الحالة الجنائية سارية و موجهة للمنطقة الطبية باسم الصيدلي طالب الترخيص
- ٥ - صورة من تحقيق الشخصية (البطاقة الشخصية أو جواز السفر) مرفق معها صورة ترخيص مزاولة المهنة أو صورة كارنيه النقابة العامة
- ٦ - رسم هندسي للمحل المراد ترخيصه كصيدلية من ثلاث صور معتمد من مهندس نقابي و موضح به بالاتي :

- ١ - قطاع رأسي: يوضح إرتفاع الصيدلية.
- ٢ - قطاع أفقي : يوضح أطوال المحل من الداخل و منافذ التهوية.
- ٣ - واجهه العقار : موضح بها رقم و وضع المحل بالنسبة لمدخل العقار.
- ٤ - كروكي لموقع المحل : يوضح كيفية الوصول لموقع المحل بدقة و كذلك أقرب صيدلية مرخصة.