

محافظة
مديرية الشئون الصحية
إدارة الصيدلة

طلب إعدام الأدوية المخدرة للمؤسسات الصيدلانية

السيد الدكتور / مدير إدارة الصيدلة

تحية طيبة وبعد ..

مقدمه لسيادتكم : (صاحب / مدير) :
عنوانها : رقم ترخيص المؤسسة وتاريخه :
رجاء التكرم بالموافقة على إعدام الأدوية المخدرة التالي بيانها وذلك لانتهاء مدة صلاحيتها أو تلفها .

م	اسم الصنف	الكمية	سبب الإعدام

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مقدم الطلب

الاسم :

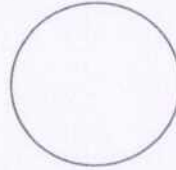
الصفة :

بطاقة : شخصية

عائلية

التوقيع :

خاتم الصيدلانية



تحريراً في : / /

مديرية الشئون الصحية بمحافظة
إدارة الصيدلة

إيصال

استلمت أنا الطلب المقدم من السيد بشأن طلب إعدام الأدوية المخدرة للمؤسسات الصيدلانية مستوفياً كافة متطلبات الحصول على الخدمة وقيده
الطلب برقم بتاريخ / /
التاريخ المحدد لإنجاز الخدمة / /

توقيع الموظف المختص

(.....)

القواعد الحاكمة لإجراءات الحصول على الخدمة

وفقا لقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٤٢٤٨ لسنة ١٩٩٨ فى شأن تبسيط إجراءات حصول المواطنين على الخدمات الجماهيرية ومنها خدمة طلب إعدام الأدوية المخدرة للمؤسسات الصيدلانية بوزارة الصحة والسكان .

تلتزم الجهات الإدارية المعنية بتقديم الخدمة وفقا للوارد بهذا النموذج الصادر بتاريخ / / (كثيرة للتعاون بين وزارتى التنمية الإدارية ، الصحة والسكان والمحافظات) من تحديد للمستندات والأوراق والمبالغ المطلوبة للحصول على الخدمة ، والتوقيتات المحددة لإنجازها ، أو الإعلان عن رأيها فى الطلب المقدم للحصول عليها - وأى مخالفة لذلك ترتب المسؤولية - وذلك على النحو التالى :-

أولا : المستندات والأوراق المطلوبة :

- صورة الترخيص الخاص بالمؤسسة الصيدلانية .
- مستند إثبات صفة مقدم الطلب (للاطلاع) .

ثانيا : المبالغ المقررة للحصول على الخدمة :

يتم إنجاز الخدمة مجانا .

ثالثا : التوقيتات المحددة لإنجاز الخدمة :

تلتزم جهة الإدارة بإنجاز خدمة إعدام الأدوية المخدرة خلال أسبوع من تاريخ تقديم الطلب .

فى حالة عدم الحصول على الخدمة فى التوقيت المحدد أو طلب مستندات إضافية أو مبالغ تحت أى مسمى يمكنك الاتصال بإحدى الجهات الآتية :

المحافظة ت :

هيئة الرقابة الإدارية : المركز الرئيسى بالقاهرة ت : ٢٩٠٢٧٢٨ / ٠٢

مكتب الرقابة الإدارية بالمحافظة ت :