

Ref: HRS/DC/

التاريخ:

المحترم

الدكتور/

مدير إدارة الدواء

تحية طيبة وبعد

المحترمين

تعهد المدير المسؤول

بخصوص تسليم عهدة أدوية التخدير / الأدوية المراقبة / شبه المراقبة

اسم الصيدلية/المنشأة:

رقم التسجيل لدى هيئة الصحة بدبي:

رقم الرخصة التجارية:

بناء على طلبكم المقدم بتاريخ: بخصوص خروج الصيدلاني / الطبيب المسؤول للقيام بإجازة ..... بالتفاصيل التالية:

الصفة	اسم الصيدلاني / الطبيب	رقم الرخصة	المدة
صيدلاني / طبيب مسؤول			من: حتى:
صيدلاني / طبيب مسؤول بالإنابة			من: حتى:

وعلى الصيدلاني/الطبيب المسؤول بالإنابة تحمل كافة المسؤولية الخاصة بصرف أدوية التخدير، الأدوية المراقبة وشبه المراقبة خلال فترة غياب الصيدلاني المسؤول.

كما يرجى التقيد بكافة القوانين واللوائح المختصة باستخدام أدوية التخدير والأدوية المراقبة بالمنشأة لديكم، وفي حالة مخالفتكم للقانون يحق لهيئة الصحة اتخاذ كافة الإجراءات التصحيحية والعقابية بما يتناسب مع قوانين هيئة الصحة ومصصلحة العمل وسلامة العميل.

اتعهد انا الصيدلاني/الطبيب ----- والموقع أدناه، بأنني سأكون المشرف والمسؤول مسؤولية كاملة عن صرف واستخدام أدوية التخدير، الأدوية المراقبة وشبه المراقبة خلال فترة تغيب المدير المسؤول وذلك حتى رجوعه.

الصفة: صيدلاني مسؤول بالإنابة

التوقيع: .....

التاريخ: .....

• ملاحظة: تعتبر هذه الرسالة لاغية بعد مرور ثلاثين يوماً على إصدارها

• إذا رغبتكم في أي استفسارات أو معلومات إضافية، يرجى عدم التردد بالاتصال بالسيدة/ فاطمة الملا، رئيس قسم الرقابة الدوائية، على الرقم: 04-5022992 - [FHAMulla@dha.gov.ae](mailto:FHAMulla@dha.gov.ae) - [DrugControl@dha.gov.ae](mailto:DrugControl@dha.gov.ae) شاكرين لكم تعاونكم الدائم،

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

د. فاطمة الملا

رئيس قسم الرقابة الدوائية - قطاع التنظيم الصحي