

Ref: HRS/DC/

التاريخ:

المحترم

الدكتور/

مدير إدارة الدواء

تحية طيبة وبعد

تعهد المدير المسؤول

بخصوص نقل عهدة ادوية التخدير والأدوية المراقبة وشبه المراقبة

اسم المنشأة:

رقم التسجيل لدى هيئة الصحة بدبي:

رقم الرخصة التجارية:

بناء على طلبكم المقدم بتاريخ ..... بخصوص الرغبة في نقل عهدة الأدوية المخدرة/المراقبة/شبه المراقبة لسبب ..... بالتفاصيل التالية:

التاريخ	التوقيع	الرقم الموحد	الاسم	الصفة
				المسؤول الحالي (الصيدلاني/الطبيب)
				المخول بالاستلام (الصيدلاني/الطبيب)
				المدير الطبي للمستشفى

وعلى الصيدلاني/الطبيب المخول بالاستلام تحمل كافة المسؤولية الخاصة بصرف أدوية التخدير، الأدوية المراقبة وشبه المراقبة اعتباراً من تاريخ استلام هذه الرسالة.

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

- ملاحظه: الرجاء إخطار وزارة الصحة ووقاية المجتمع وذلك لعمل اللازم من قبلهم.

• 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 - [FHAIMulla@dha.gov.ae](mailto:FHAIMulla@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