

Reference number:	رقم الطلب:	Date:	التاريخ:
Facility ID:	هوية المنشأة:	Facility ID:	هوية المنشأة:
Facility Receiving Name:	اسم المنشأة المستلمة:	Facility Providing Name:	اسم المنشأة المزودة:
Medical Director Name:	اسم المدير الطبي:	Medical Director Name:	اسم المدير الطبي:
Medical Director License No:	رقم ترخيص المدير الطبي:	Medical Director License No:	رقم ترخيص المدير الطبي:
Telephone No:	الهاتف:	Telephone No:	الهاتف:
E-mail:	البريد الإلكتروني:	E-mail:	البريد الإلكتروني:

Below medication will be transfer for the following reason(s)

سيتم نقل الأدوية المذكورة أدناه وذلك لأسباب التالية

	اسم المنتج Product Name	التركيز Dose strength	الشكل الصيدلاني Dosage form	الكمية Quantity	رقم التشغيل Batch number	تاريخ انتهاء الصلاحية Expiry date
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

I hereby the undersigned testify that the information mentioned above is correct

اقر انا الموقع أدناه بصحة ما ورد بالطلب

Pharmacist signature and providing facility stamp

توقيع الصيدلي وختم المنشأة المزودة

Pharmacist signature and receiving facility stamp

توقيع الصيدلي وختم المنشأة المستلمة

للاستعمال الإداري

For Admin use

Health inspector finding :

ملاحظات المفتش الصحي:

Signature:

التوقيع:

Head of Section Approval:

اعتماد رئيس القسم :

Signature:

التوقيع:

Note: The receiving pharmacy should have DHA registers for CD&SCD if not should apply for it.