



إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية
Pharmacy and drug control department

قسم التفتيش والمخدرات
Inspection & Narcotics unit

طلب تغيير المالك
Application for Changing Owner

Healthcare Facility Details

تفاصيل المنشأة الصحية الحالية

Healthcare Facility Name: اسم المنشأة الصحية:
Healthcare Facility Licensing Number: رقم ترخيص المنشأة الصحية:
Reason for owner change: اسباب تغيير المالك:

Current Owner

المالك الحالي

Full Name: الاسم بالكامل:
ID Number: الرقم الشخصي:
Mobile Number: رقم الموبايل:
E-mail: الايميل:

New Owner

المالك الجديد

Full Name: الاسم بالكامل:
ID Number: الرقم الشخصي:
Mobile Number: رقم الموبايل:
E-mail: الايميل:

Focal Point (Current Healthcare Facility Representative)

ضابط الاتصال (ممثل المنشأة الصحية الحالي)

Full Name: الاسم الكامل:
ID Number: الرقم الشخصي:
E-mail: البريد الإلكتروني:
Mobile Number: الهاتف المحمول:
Landline Number: الهاتف الأرضي:

المرفقات المطلوبة (يُرجى وضع علامة × على الصندوق) Required Attachments (Please Check box)

ID (Current Owner)	<input type="checkbox"/>	البطاقة الشخصية (المالك الحالي)
Current Commercial Certificate	<input type="checkbox"/>	الرخصة التجارية الحالية
NOC from the Bank	<input type="checkbox"/>	خطاب عدم ممانعة من البنك (إن وجد)
ID (New Owner)	<input type="checkbox"/>	البطاقة الشخصية (المالك الجديد)
Original Facility Licensing Certificate	<input type="checkbox"/>	الرخصة الأصلية للمنشأة الصحية

Declaration

تعهد

أؤكد أنا الموقع أدناه أن المعلومات التي قدمتها بهذا النموذج ومرفقاته هي صحيحة وأنا المسئول الوحيد عن دقتها.
I affirm that the information given by me in this form and the enclosures are true and I am solely responsible for its accuracy.

Name (Authorized Person):: اسم (الشخص المخول):

Date:: التاريخ:

Signature with Stamp:: الختم والتوقيع:

For Official Use

للإستخدام الرسمي

Received by (Counter):: تم الاستلام من قبل (شباك):

Date:: التاريخ:

License Registration Specialist:: أخصائي تسجيل الترخيص:

.....: التاريخ:: التوقيع: