



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 :