**شهادة اتلاف أدوية**

*Certificate of Medicine Disposed*

**تاريخ التقديم:.................................. رقم الترخيص:..............................**

**اسم المنشأة:................................... رقم الترخيص:..............................**

**المدينة /المكان:............................... صندوق البريد:................................**

**الهاتف المحمول:.............................. الفاكس:......................................**

**اسم الصيدلي:................................. البريد الالكتروني:............................**

**لقد تم اتلاف أصناف الأدوية المذكورة أدناه وذلك لأحد الأسباب التالية:-**

**انتهاء تاريخ الصلاحية غير مسجلة بوزارة الصحة أدوية حكومية**

**لا يوجد تاريخ صلاحية عينات مجانية معدة للبيع مكسورة**

**غير مسعرة بالتسعيرة الجبرية محفوظة خارج الثلاجة ممنوع تداولها بالدولة**

**غير مطابقة للتسعيرة الجبرية يوجد تغيرات فيزيائية أسباب أخرى**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سبب الاتلاف**  **Reason for Disposal** | **اسم الشركة المصنعة**  **Manufacturer** | **رقم التشغيلة**  **Batch** | **الكمية**  **QTY** | **الوحدة**  **Unit** | **اسم الصنف و مواصفاته**  **Name of Item & Description** | **No** |
|  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  |  |  | **6** |
|  |  |  |  |  |  | **7** |
|  |  |  |  |  |  | **8** |
|  |  |  |  |  |  | **9** |
|  |  |  |  |  |  | **10** |
|  |  |  |  |  |  | **11** |
|  |  |  |  |  |  | **12** |
|  |  |  |  |  |  | **13** |
|  |  |  |  |  |  | **14** |
|  |  |  |  |  |  | **15** |

**الصيدلي المسئول أو من ينوب عنه الصيدلي المفتش رئيس قسم رقابة المنتجات الطبية و الصحية**

**مدير إدارة التمكين و الامتثال الصحي**