MPH21-31

Republic of Lebanon
Ministry of Public Health
Service of Pharmacy

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
مصلحة الصيدلة

رقم المحفوظات:
رقم الصادر:
بيروت في :

طلب إجازة تعديل الإسم التجاري لصيدلية مرخصة

خاص بطالب الترخيص

الإسم:..... **إسم الأب:**..... **الشهرة:**.....

الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى رقم السجل: .....

محل الولادة (حسب بطاقة الهوية)

المحافظة : ..... القضاء : ..... البلدة : .....

تاريخ الولادة: .. / .. / ....

رقم إجازة ترخيص الصيدلية: ..... التاريخ: .. / .. / ....

خاص بالصيدلية

إسم الصيدلية المرخصة: ..... / .....
عربي Latin

عنوان الصيدلية:

المحافظة :..... القضاء :..... البلدة :.....

الحي : ..... . الشارع :..... رقم العقار:.....

ملك :..... هاتف : ...../.. البريد الإلكتروني :.....

أنا الموقع أدناه الصيدلي..... أطلب تعديل اسم الصيدلية ليصبح:

..... / .....
عربي Latin

كما أفيد بأن هذه المعلومات صحيحة وأتحمل كامل المسؤولية وفقاً للقوانين المرعية الإجراء.

التاريخ: .. / .. / ....

إسم الصيدلي والتوقيع والختم

المستندات المطلوبة:

١. نموذج طلب إجازة تعديل الإسم التجاري لصيدلية مرخصة MPH21-31 معبأ حسب الأصول وموقع من الصيدلي صاحب العلاقة.
٢. صورة طبق الاصل عن رخصة الصيدلية.
٣. شهادة سجل تجاري معدل بالاسم الجديد مع الطلب المقدم لتعديله.
٤. صورة طبق الاصل عن براءة ذمة مالية صالحة لتعديل اسم الصيدلية.
٥. صورة طبق الاصل عن براءة ذمة ضمان شاملة او استثنائية صالحة لتعديل اسم الصيدلية.
٦. صورة طبق الاصل عن براءة ذمة بلدية صالحة لتعديل اسم الصيدلية.
٧. أ- سند الملكية بإسم الصيدلي صاحب الطلب مع نسخة عنه.

او

ب- سند الايجار الاصلي في البلدية تحت رقم وتاريخ وموقع من رئيس البلدية وممهور بختمه وبختم البلدية مع صورة طبق الاصل عنه موقعة وممهورة بختم رئيس البلدية و بختم البلدية (في حال عدم وجود بلدية يصدق من قائمقام او محافظ).

ملاحظة :

- يعود لوزارة الصحة العامة الحق بطلب أي مستند ثبوتي آخر عند الإقتضاء.
- لا يقبل الطلب في حال لم تكن المستندات المطلوبة كاملة.
- يتم تقديم الطلب من قبل صاحب العلاقة فقط.
- تقدم الطلبات ايام الاثنين والثلاثاء فقط قبل الساعة ١٢:٠٠ ظهراً.
- أمر قبض تساوي قيمته أربعة أضعاف الحد الأدنى للأجور يستوفى في وزارة المالية.
- يسلم الكتاب إلى صاحب العلاقة من الإثنين إلى الأربعاء من الساعة ٩:٠٠ صباحاً حتى الساعة ١٢ ظهرا.
- المراجعات كل أيام الأسبوع .
- مدة انجاز المعاملة لا تقل عن شهرين من تاريخ تقديمها كحد أدنى.