

محافظة قنا
مديرية الشؤون الصحية
الإدارة العامة للصيدلة
إدارة الصيدلة

طلب إعدام الأدوية المخدرة للمؤسسات الصيدلانية

السيد الدكتور مدير /
تحية طيبة وبعد ..

مقدمه لسيادتكم : (صاحب / مدير)
عنوانها : رقم ترخيص المؤسسة وتاريخه:
رجاء التكرم بالموافقة على إعدام الأدوية المخدرة التالى بيانها وذلك لانتهاء مدة صلاحيتها أو تلفها .

م	اسم الصنف	الكمية	سبب الإعدام

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مقدم الطلب

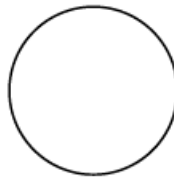
الاسم :

الصفة :

بطاقة : شخصية
عائلية

التوقيع :

خاتم الصيدلية



تحريرا فى : / /

مديرية الشؤون الصحية بمحافظة جنوب سيناء
الإدارة العامة للصيدلة
إدارة الصيدلة

إيصال

استلمت أنا الطلب المقدم من السيد
بشأن طلب إعدام الأدوية المخدرة للمؤسسات الصيدلانية مستوفيا كافة متطلبات الحصول على الخدمة وقيد
الطلب برقم بتاريخ / /
التاريخ المحدد لإنجاز الخدمة / /

توقيع الموظف المختص

()