



السيد الدكتور / مدير عام الشؤون الصحية بشمال سيناء

٢٠٢٤
٢٠٢٤
٢٠٢٤

أرجو من سيادتكم الموافقة على إلغاء رخصة صيدلية

[.....] والتي تحمل رخصة رقم ()

بتاريخ [/ /] ، والكائنة في العنوان الآتي:

[.....]

وتفضلوا بقبول وافر التحية

مقدمه لسيادتكم

صاحب الصيدلية

الاسم /

الرقم القومي /

رقم ترخيص مزاوله المهنة /

رقم القيد بالنقابة العامة /

تحريراً في: [/ /] .

التوقيع /

تم التوقيع أمامي، مفتش الصيدلة /

القواعد الحاكمة للحصول علي الخدمة

(الغاء رخصة صيدلية)

اولا :-

١- المستندات والاوراق المطلوبة :-

• طلب مقدم من الصيدلي صاحب الصيدلية موجه إلى السيد الدكتور مدير عام مديرية الشؤون الصحية موضح به رغبة الصيدلي بإلغاء ترخيص الصيدلية الخاصة به.

• يرفق مع الطلب أصل ترخيص الصيدلية

٢- مستندات اخري مطلوبة تقدم لاحقا :-

• لا يوجد

ثانيا :- المبالغ المقررة للحصول علي الخدمة :-

• لا يوجد

ثالثا :- التوقيتات المحددة لإنجاز الخدمة :-

• في ذات يوم تقديم الطلب بعد تأشيرة السيد الدكتور المدير العام بتحويل الطلب إلى إدارة الصيدلة ، حيث يتم اصدار قرار إلغاء ترخيص الصيدلية موقع من السيد الدكتور المدير العام.