



طلب تكليف صيدلي جديد بإدارة صيدلية مرخصة في حال وفاة الصيدلي صاحب الصيدلية

بعد ستة أشهر من الوفاة

خلال أول ستة أشهر من الوفاة

إسم الصيدلية: _____ / _____
عربي Latin

إسم صاحب الصيدلية المتوفي : _____ : إسم الأب: _____ الشهرة: _____

رقم ترخيص الصيدلية : _____ : التاريخ: .../.../....

عنوان الصيدلية:

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

الشارع : _____ ملك : _____ الطابق : _____

رقم العقار / المنطقة : _____ / _____ هاتف : .. /

البريد الإلكتروني: _____

خاص بالصيدلي المكلف

الإسم: _____ إسم الأب: _____ الشهرة: _____ إسم الأم: _____

الجنس: ذكر انثى رقم السجل: _____

محل الولادة (حسب بطاقة الهوية)

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

تاريخ الولادة: .../.../....

رقم إجازة مزاوله مهنة الصيدلة: _____ التاريخ: .../.../....

رقم الإنتساب إلى نقابة صيادلة لبنان: _____ التاريخ: .../.../....

نحن الموقعون أدناه ورثة الصيدلي المتوفي نكلف الصيدلي — بإدارة الصيدلية المذكورة أعلاه من تاريخ .. / .. / حتى تاريخ .. / .. /
كما نفيد بأن هذه المعلومات صحيحة ونتحمل كامل المسؤولية وفقاً للقوانين المرعية الإجراء.

التوقيع	إسم الوريث الثلاثي
---------	--------------------

أنا الموقع أدناه أتعهد أن لا أزال أي مهنة صيدلانية أخرى وانفرغ لإدارة الصيدلية المذكورة أعلاه.

الإسم: _____ الإسم	إسم الأب _____ إسم الأب	التاريخ: .. / .. / التاريخ
التوقيع: _____		

لا يقبل تسجيل الطلب ما لم تكن جميع المستندات الأساسية التالية مرفقة:

نموذج طلب تكليف صيدلي جديد بإدارة صيدلية مرخصة في حال وفاة الصيدلي صاحب الصيدلية MPH21-39 معياً حسب الأصول.

خلال أول ستة أشهر من الوفاة	بعد ستة أشهر من الوفاة
١. صورة طبق الأصل عن رخصة الصيدلية.	١. صورة طبق الأصل عن رخصة الصيدلية.
٢. صورة طبق الأصل عن حصر أرث.	٢. صورة طبق الأصل عن حصر أرث.
٣. صورة طبق الأصل عن وثيقة الوفاة.	٣. صورة طبق الأصل عن وثيقة الوفاة.
٤. صورة طبق الأصل عن مزاولة مهنة الصيدلي المكلف.	٤. صورة طبق الأصل عن مزاولة مهنة الصيدلي المكلف.
٥. صورة طبق الأصل مصدقة من النقابة عن إفادة انتساب الصيدلة للصيدلي المكلف.	٥. صورة طبق الأصل مصدقة من النقابة عن إفادة انتساب
٦. اخراج قيد للصيدلي المكلف او صورة عن الهوية مصدقة من المختار.	لنقابة الصيدلة للصيدلي المكلف أو صورة طبق الأصل عن
٧. سجل عدلي للصيدلي المكلف لا يعود تاريخه لأكثر من ثلاثة أشهر.	رخصة صيدليته.
٨. افادة سكن للصيدلي مصدقة من المختار و مهوره بختمه لا يعود تاريخها لاكثر من ستة أشهر.	
٩. عقد عمل مصدق لدى كاتب العدل.	
١٠. في حال وجود تكليف سابق صادر عن وزارة الصحة العامة على أصحاب العلاقة ابرازه مع المستندات المطلوبة.	
١١. في حال دراسة احد ابناء الصيدلي المتوفي الصيدلة في الجامعة يبرز افادة من الجامعة تبين سنة الدراسة الحالية والتاريخ المتوقع للتخرج مصدقة وفق الأصول.	

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 بحضور الصيدليين.
- تقدم الطلبات ايام الاثنين والثلاثاء فقط قبل الساعة ١٢:٠٠ ظهراً.
- التسليم من الإثنين إلى الأربعاء من الساعة ٩:٠٠ صباحاً حتى الساعة ١٢ ظهراً.
- المراجعات كل أيام الأسبوع.
- مدة إنجاز المعاملة شهران من تاريخ تقديمها كحد أدنى.