**إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية**

**قائمة تدقيق متطلبات المعاينة الاولية للمنشآت الصيدلانية**

**Pharmaceutical facilities preliminary evaluation checklist**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **م** | **المتطلبات** | **Documents** |
| **1** | **استمارة طلب معاينة أولية** | **Application for initial assessment registration** |
| **2** | **طلب اجراء معاينة أولية مقدم لمدير ادارة الصيدلة والرقابة الدوائية** | **Request to pharmacy director for final inspection** |
| **3** | **نسخة من طلب الموافقة المبدئية** | **Copy of preliminary Approval** |
| **4** | **نسخة من شهادة حسن السير والسلوك** | **Copy of police clearance** |
| **5** | **صورة عقد ايجار المنشأة** | **Copy of rental contract of facility** |
| **6** | **صورة من البطاقة الشخصية للمالك** | **Copy of I.D of the owner** |
| **7** | **رسم كروكي للمنشأة يوضح الموقع والمساحة** | **Lay out of the facility showing area and location.** |
| **8** | **صورة من ترخيص المنشأة الصحية في حالة طلب ترخيص صيدلية داخلية** | **Copy of license of healthcare facility regarding inpatient pharmacy** |