

BAHAGIAN LEMBAGA FARMASI MALAYSIA, PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI, KKM

**SENARAI SEMAK
ADUAN SALAH LAKU AHLI FARMASI / PERTUBUHAN PERBADANAN
DI BAWAH PERATURAN 14, PERATURAN-PERATURAN
PENDAFTARAN AHLI FARMASI 2004**

BIL.	PERKARA	SEMAKAN PENGADU (Sila tanda ✓)	SEMAKAN / CATATAN BAHAGIAN LEMBAGA FARMASI MALAYSIA (BLFM)
1.	Maklumat pengadu	a) <input type="checkbox"/> Nama b) <input type="checkbox"/> Jawatan c) <input type="checkbox"/> Alamat pengadu	
2.	Maklumat aduan	a) <input type="checkbox"/> Tarikh b) <input type="checkbox"/> Masa c) <input type="checkbox"/> Alamat tempat kejadian	
3.	Maklumat ahli farmasi / syarikat yang diadu	a) <input type="checkbox"/> Nama ahli farmasi / syarikat b) <input type="checkbox"/> No. kad pengenalan / no. pendaftaran syarikat c) <input type="checkbox"/> No. pendaftaran ahli farmasi / pertubuhan perbadanan d) <input type="checkbox"/> Jawatan ahli farmasi e) <input type="checkbox"/> Alamat ahli farmasi / syarikat semasa kejadian f) <input type="checkbox"/> Alamat terkini ahli farmasi / syarikat	
4.	Jenis kesalahan di bawah Akta Pendaftaran Ahli Farmasi 1951	a) <input type="checkbox"/> Seksyen 17(1)(a) b) <input type="checkbox"/> Seksyen 17(1)(b) c) <input type="checkbox"/> Seksyen 17(1)(c) – sila nyatakan pelanggaran kepada <i>Principle</i> berkaitan di bawah Kod Etika Ahli Farmasi 2018.	
5.	Senarai maklumat setiap saksi	a) <input type="checkbox"/> Nama b) <input type="checkbox"/> Alamat c) <input type="checkbox"/> Peranan	
6.	Senarai dokumen bukti	a) <input type="checkbox"/> Nama dokumen b) <input type="checkbox"/> Sumber dokumen	
7.	Dokumen lain yang disertakan bersama aduan. - Sila nyatakan	a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	

Nota: Sila kemukakan borang ini bersama-sama aduan/maklumat yang dikemukakan kepada BLFM.

Untuk Kegunaan BLFM

Disemak oleh :
T/tangan :
Cop rasmi :

Tarikh :