

**SENARAI SEMAK BAGI KEPERLUAN BORANG PERMOHONAN
KEBENARAN EKSPORT PERSEDIAAN YANG MENGANDUNGI
DEXTROMETHORPHAN**

Nama Pemohon :

Nama Syarikat :

1. Borang permohonan [K-FR-07/3] lengkap diisi berserta tandatangan pemohon dan cop syarikat

2. Salinan Lesen Jenis A

3. Salinan Pesanan Pembelian (*Purchase Order*)

4. Salinan Permit Import/ Kebenaran Mengimport dari Pihak Berkuasa Negara syarikat Pengimport (Jika ada)

Nota:

1. Sila kemukakan borang permohonan ke Bahagian Penguatkuasaan Farmasi sekurang-kurangnya **dua (2) minggu** sebelum aktiviti pengeksportan.
2. Sekiranya pengeksportan persediaan yang mengandungi Dextromethorphan dalam bentuk **kombinasi bersama dengan Pseudoephedrine atau Ephedrine**, pemohon tidak perlu mengemukakan permohonan ini dan hanya perlu mengemukakan permohonan melalui Sistem ePermit untuk permit Import/permit Eksport di bawah Perintah Kastam (Larangan Mengenai Import) dan Perintah Kastam (Larangan Mengenai Eksport) bagi Pseudoephedrine atau Ephedrine. Panduan Umum Permohonan ePermit Import Dan Eksport Yang Dikeluarkan Oleh BPF, KKM boleh diperolehi daripada portal www.pharmacy.gov.my.

**PERMOHONAN KEBENARAN EKSPORT PERSEDIAAN
YANG MENGANDUNGI DEXTROMETHORPHAN**

Kepada :
Pengarah Bahagian Penguatkuasaan Farmasi,
Kementerian Kesihatan Malaysia.

Maklumat Pemohon

Nama Pemohon :
 Nama Syarikat :
 Alamat Syarikat :
 No. Telefon : No. Faks :

Untuk Kegunaan
Pejabat

Maklumat Konsaimen

Nama persediaan :
 Bahan Aktif/ Kekuatan : Dextromethorphan Tablet/Kapsul : mg per tablet/kapsul
 Cecair/ Sirap: mg per botol
 Lain-lain :
 Kuantiti Dieksport :
 Tarikh Jangkaan Eksport : Pintu Keluar:
 Nama Pengimport :
 Negara Pengimport :
 No. Pesanan Pembelian : (Dokumen asal dilampirkan)
 No. Daftar Lesen A : (Salinan Lesen A dilampirkan)
 No. Kebenaran Mengimport : (Salinan dilampirkan)
 daripada Pihak Berkuasa syarikat
 pengimport (Jika ada)

.....
Tandatangan Pemohon

.....
Cop Syarikat

.....
Tarikh

(KEGUNAAN RASMI)

KEBENARAN EKSPORT PERSEDIAAN YANG MENGANDUNGI DEXTROMETHORPHAN

Menurut syarat-syarat Lesen Jenis A (No. Daftar:.....), dengan ini kebenaran adalah diberikan untuk mengeksport persediaan di atas dalam kuantiti yang dinyatakan melalui pintu keluar tertakluk kepada peraturan yang ditetapkan. **Pemohon hendaklah mengemukakan bukti Borang Ikrar Kastam selepas SATU (1) BULAN dari tarikh pengeksporan kepada Bahagian Perkhidmatan Farmasi , Kementerian Kesihatan Malaysia Lot 36, Jalan Universiti, 46200 Petaling Jaya Selangor.**

No. Kelulusan : PED...../
 Tarikh Kelulusan :
 Tarikh Luput :

**Pengarah Bahagian Penguatkuasaan Farmasi
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**