

JADUAL KETIGA

(Peraturan 15 (1), 15(2))

ORDINAN RACUN 1952

PERATURAN-PERATURAN RACUN (BAHAN-BAHAN PSIKOTROPIK) 1989

(Peraturan 15 (1))

BORANG D

PERMOHONAN UNTUK PERMIT MEMBELI DAN MENGGUNA BAHAN-BAHAN PSIKOTROPIK

Kepada : Pegawai Pelesenan

Melalui : *Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Farmasi)*

.....
.....
.....

Saya,, yang mengambil bahagian dalam perniagaan (klinik) di.....
.....
yang mempunyai alamat perniagaan (klinik).....
.....dengan ini memohon bagi mendapatkan
suatu permit untuk membeli dan menggunakan bahan psikotropik (bahan-bahan psikotropik) yang berikut :

Bil.	Nama Bukan Keempunyaan Antarabangsa (INN) dan bentuk	Kekuatan	Kuantiti

Kegunaan Pejabat

Bagi maksud : *Terapi Gantian Dadah Opioid*

2. Bersama-sama ini disertakan Kiriman Wang/Kiriman Pos/Draf No.....
sebanyak **tiga ratus (300)** Ringgit, iaitu bayaran bagi permit tersebut di atas.

Tarikh :

.....
Tandatangan pemohon



**BUTIR-BUTIR TAMBAHAN KEPADA BORANG D
PERMOHONAN PERMIT BAHAN-BAHAN PSIKOTROPIK
(BUPRENORPHINE DAN METHADONE)**

**K-FR-24/1
[Bahagian II]**

Gambar
Pemohon

(Saiz Passport)

*Untuk Kegunaan
Pejabat CPF*

A. BUTIR-BUTIR TAMBAHAN PEMOHON

1.	No. Kad Pengenalan (Baru) :	Jantina :	
2.	Kelayakan Ikhtisas / Akademik :		
3.	Jawatan Pemohon :		
4.	No. Sijil Amalan Tahunan (APC) :		
5.	Alamat Rumah :		
 Poskod :		
6.	No. Tel. (rumah) :	No. Tel (Bimbit) :	
7.	Nama Klinik :		
8.	No. Pendaftaran Klinik :		
9.	Alamat Klinik :		
 Poskod :		
10.	No. Tel :	No.Fax :	E-Mail :

B. BUTIR-BUTIR PESAKIT BAGI BAHAN PSIKOTROPIK YANG DIPOHON

Bil.	Bahan Psikotropik serta kekuatan	Bil. pesakit terlibat (Anggaran)	Sila lampirkan salinan surat makluman kepada Agensi Anti Dadah Kebangsaan *	Amaun sehari (Anggaran)	Amaun setahun (Anggaran)
e.g	Buprenorphine HCL 2mg tablet	10	Sudah (surat bil 5 dlm Klinik ABC/2010 dilampirkan)	3 tablet x 10 = 30 tablet	10950 tablet

C. DOKUMEN SOKONGAN DAN BAYARAN.

1. Bersama-sama permohonan ini saya sertakan dokumen berikut :-
Sila tandakan (√) dalam [] yang berkaitan.

<input type="checkbox"/>	a. Salinan kad pengenalan pemohon	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	b. Salinan Sijil Amalan Tahunan (APC)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	c. Salinan Perakuan Perbadanan Syarikat (Borang 9/Borang 13) Sijil Pendaftaran Perniagaan (Borang A dan D). (Jika ada)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	d. Salinan Return Giving Particulars In Register Of Directors, Managers And Secretaries. (Borang 49) (Jika ada)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	e. Salinan Return Of Allotment Of Shares (Borang 24) (Jika ada)	<input type="checkbox"/>

2. Dokumen dibayar kepada : ‘ **PENGARAH KESIHATAN NEGERI**.....

D. PERAKUAN

Pemohon mengesahkan bahawa :-

1. Permit asal akan diserahkan kepada Pegawai Pelesenan jika :-
 - (a) berpindah
 - (b) pembaharuan permit
 - (c) premis ditutup
 - (d) tamat perkhidmatan

2. Semua maklumat yang diberikan adalah benar dan pihak jabatan berhak menolak permohonan ini jika didapati sebaliknya dan membatalkan permit sekiranya syarat permohonan tidak dipatuhi.

Tandatangan Pemohon :

Tarikh :

E. ULASAN/KEPUTUSAN

<p>Ulasan Ketua Penolong Pengarah Kanan Farmasi (Penguatkuasaan)</p> <p style="text-align: center;">..... ()</p>	<p>Ulasan Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Farmasi)</p> <p style="text-align: center;">..... ()</p>
KEPUTUSAN PERMOHONAN	
<p style="text-align: center;">Permohonan adalah diluluskan/ditolak</p> <p>Ditolak atas sebab :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">.....</p> <p style="text-align: right;">Nama dan Cop Jawatan Pegawai Pelesenan</p>	



Ruj:
Tarikh:

Tuan/Puan,

Akuan Penerimaan Borang Permohonan

Adalah saya dengan ini mengesahkan bahawa pejabat ini telah menerima borang permohonan BARU / PEMBAHARUAN Permit Bahan-Bahan Psikotropik (Buprenorphine dan Methadone) bagi tahun dari syarikat tuan seperti mana maklumat di bawah :-

Nama Klinik :

Alamat Klinik :

Tarikh diterima :

Fail Rujukan :

Tandatangan Pegawai CPF:

Nama Pegawai CPF :

Cop Jabatan :

PERINGATAN:

1. Bagi permohonan Pembaharuan BARU/ PEMBAHARUAN permit, Borang Permohonan perlu dikemukakan ke pejabat Cawangan Penguatkuasa Farmasi (CPF) Negeri **tidak awal dari tiga (3) bulan tetapi tidak kurang dari satu (1) bulan sebelum Permit Bahan-Bahan Psikotropik (Buprenorphine dan Methadone) tamat tempoh.**
2. Sila pastikan Borang Permohonan dan Dokumen Sokongan adalah lengkap. **Permohonan Permit yang tidak lengkap tidak akan diproses.**