

**PERMOHONAN KEBENARAN EKSPORT PERSEDIAAN
TABLET DAN KAPSUL YANG MENGANDUNGI
EPHEDRINE, PSEUDOEPHEDRINE DAN DEXTROMETHORPHAN**

Kepada :
Pengarah Perkhidmatan Farmasi,
Kementerian Kesihatan Malaysia.

Maklumat Pemohon

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

Maklumat Konsaimen

Nama Persediaan :
 Bahan Aktif/Kekuatan : Ephedrinemg per tablet/kapsul
 (Sila tandakan ✓ dikotak yang Pseudoephedrinemg per tablet/kapsul
 berkenaan) Dextromethorphanmg per tablet/kapsul
 Kuantiti Dieksport :
 Tarikh Jangkaan Eksport : Pintu Keluar :
 Nama Pengimport :
 Negara Pengimport :
 No.Pesanan/Permit Import : **(Dokumen asal dilampirkan)**
 No. Daftar Lesen A : **(Salinan lesen A dilampirkan)**

Tandatangan Pemohon

.....
 (Cop Syarikat)

.....
 (Tarikh)

(KEGUNAAN RASMI)

**KEBENARAN EKSPORT PERSEDIAAN TABLET DAN KAPSUL YANG
MENGANDUNGI EPHEDRINE, PSEUDOEPHEDRINE DAN DEXTROMETHORPHAN**

Menurut syarat-syarat lesen racun Jenis A (No.siri:No. Daftar:.....),
 dengan ini kebenaran adalah diberikan untuk mengeksport persediaan tersebut di atas
 dalam kuantiti yang dinyatakan melalui pintu keluartertakluk kepada
 pemohon hendaklah mengemukakan bukti borang ikrar kastam selepas 10 hari dari tarikh
 pengeksportan kepada Cawangan Penguatkuasa Farmasi, Negeri

No. Kelulusan : PED...../.....

Tarikh Kelulusan :

Tarikh Luput :

.....
b.p Pengarah Perkhidmatan Farmasi
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA