

SENARAI SEMAK PERMOHONAN UNTUK KELULUSAN IKLAN PERKHIDMATAN HOSPITAL SWASTA, KLINIK, KLINIK RADIOLOGI DAN MAKMAL PERUBATAN

Sila pastikan setiap permohonan dilengkapi dengan dokumen-dokumen seperti berikut dan tandakan (✓) pada ruangan PEMOHON bagi dokumen yang telah disertakan.

| BIL | PERKARA | PEMOHON | UNTUK KEGUNAAN PEJABAT |
|---|--|----------------------------|------------------------------|
| 1. | Borang B dan Lampiran 2B. | | |
| 2. | Format iklan sebanyak 20 salinan . (*Fast Track – kemukakan 5 salinan sahaja dan sesalinan sijil & format iklan yang pernah diluluskan oleh Lembaga Iklan Ubat). | | |
| 3. | Bank Draft/kiriman wang/wang pos bernilai RM100 yang dibayar atas nama 'KETUA SETIAUSAHA, KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA'. | | |
| 4. | Lesen Yang Dikeluarkan Di Bawah Akta Kemudahan Dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998. | | |
| 5. | Sijil pendaftaran syarikat. | | |
| 6. | Terjemahan iklan sebanyak 20 atau 5 salinan (rujuk perkara 2), jika iklan hanya melibatkan Bahasa Cina atau Tamil. | | |
| 7. | Sijil perakuan pengekalahan tahunan pengamal perubatan terkini | | |
| 8. | Sijil-sijil kelayakan pengamal perubatan | | |
| 9. | Perakuan pendaftaran National Specialist Register (sekiranya pengamal perubatan adalah seorang pakar) | | |
| 10. | Lain-lain dokumen/sijil yang berkenaan (cth. Sijil ISO, MSQH, dan lain-lain) | | |
| Sila nyatakan cara pengambilan keputusan : | | Ambil Sendiri / Pos | |

PERINGATAN : **Permohonan yang tidak lengkap tidak akan dilayan.**

NOTA :

- Status ***Fast Track** diberikan berdasarkan kepada kriteria-kriteria yang berikut:
 - a. Permohonan untuk iklan yang pernah diluluskan oleh Lembaga Iklan Ubat. (Iklan semasa yang tidak mempunyai perubahan atau hanya perubahan kecil.
 - b. Permohonan untuk pembaharuan (renewal).
 - c. Permohonan baru yang membuat tuntutan mengikut indikasi yang diluluskan oleh Pihak Berkuasa Kawalan Dadah dan format iklan juga selari dengan Akta Ubat (Iklan dan Penjualan) 1956 dan garis panduan iklan oleh Lembaga Iklan Ubat.

BORANG B

PERATURAN-PERATURAN LEMBAGA IKLAN UBAT 1976
(Peraturan 8 (1))

**BORANG PERMOHONAN UNTUK KELULUSAN IKLAN PERKHIDMATAN HOSPITAL
SWASTA, KLINIK, KLINIK RADIOLOGI DAN MAKMAL PERUBATAN**

Kepada,

**Setiausaha,
Lembaga Iklan Ubat,
Bahagian Perkhidmatan Farmasi,
Beg Berkunci No: 924,
Pejabat Pos Jalan Sultan,
46790 Petaling Jaya, Selangor.**

Tuan,

Saya memohon supaya diluluskan iklan bagi -

- (i) Nama * artikel/perkhidmatan
- (ii) Jenis * artikel/perkhidmatan
- (iii) Media yang digunakan
- (iv) Bahasa yang digunakan.....
- (v) Saya sertakan **dua puluh (20) salinan** iklan dalam bahasa yang digunakan.
- (vi) Saya sertakan * bank draft/kiriman wang/wang pos bernombor dan bertarikh
sebanyak RM100.00 (Ringgit: Seratus sahaja) sebagai bayaran.

Tandatangan pemohon:.....

Nama pemohon (dalam huruf besar):

No.Kad pengenalan:.....

Nama Syarikat

Alamat pemohon:

.....

No.telefon :

** Potong sebagaimana yang sesuai.*

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

1. Diluluskan/Tidak diluluskan/Dibatalkan/Tidak perlu kelulusan dan pada
2. No. rujukan fail :
3. Tertakluk kepada syarat-syarat yang dinyatakan dalam Sijil Kelulusan :

Lampiran 2B

BORANG SOALAN UNTUK PERAKUAN PENGARAH/PENGUASA PERTUBUHAN

Permohonan Penqumuman Maklumat Perkhidmatan

1. Tajuk Maklumat Perkhidmatan :

2. Nama dan Alamat Premis Perkhidmatan :

—

3. Nama Pengarah/Pengusa Pertubuhan :

Tanda petak yang berkenaan.

- i. Pernahkah tuan mempunyai kelulusan lembaga Iklan Ubat untuk maklumat perkhidmatan ini sebelum ini? (Sekiranya permohonan untuk **pembaharuan (renewal)**, sila lampirkan sesalinan sijil dan format iklan yang pernah diluluskan.)

Ya Tidak

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Jika Ya, nyatakan No. Kelulusan K.K.L.I.U. satu persatu.

- ii. Adakah permohonan tuan untuk maklumat perkhidmatan ini ditolak pada masa yang lalu ?

Ya Tidak

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Jika Ya, nyatakan No. Rujukan Permohonan yang ditolak.

- iii. Adakah Pengamal Perubatan berkhidmat dalam Pertubuhan Tuan.

Ya Tidak

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Jika Ya, (a) Nyatakan namanya dan No. Perakuan Pengekalan Tahunannya.

(b) Sudahkah maklumat perkhidmatan disemak oleh Pengamal Perubatan di atas ? Ya Tidak

(c) Pengakuan Pengamal Perubatan mengenai maklumat perkhidmatan ini. Sesuai Tidak

5. **Agensi** yang dilantik untuk mengurus permohonan ini.

Nama :

Alamat:

.....

.....

No. Telefon:

.....

T/tangan Pengarah/Penguasa Pertubuhan

.....

T/tangan Pengamal Perubatan
di Perkara 4 di atas