

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN UNTUK KELULUSAN IKLAN  
UBAT/KELUARAN PENJAGAAN KESIHATAN**

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

<b>BIL</b>	<b>PERKARA</b>	<b>PEMOHON</b>	<b>UNTUK KEGUNAAN PEJABAT</b>
1.	Borang B dan Lampiran 2A.		
2.	Format iklan sebanyak <b>20 salinan</b> . (*Fast Track – kemukakan <b>5 salinan</b> sahaja <b>dan</b> 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.	Sijil Pendaftaran Syarikat.		
5.	Sijil Pendaftaran Keluaran oleh PBKD.		
6.	Sijil Indikasi yang diluluskan oleh PBKD		
7.	Formula (ramuan-ramuan) keluaran dengan peratusan kandungan yang lengkap sehingga 100%.		
8.	Label dan sisip bungkusan (packing insert) yang telah diluluskan oleh PBKD		
9.	Terjemahan iklan sebanyak 20 atau 5 salinan (rujuk perkara 2), jika iklan hanya melibatkan Bahasa Cina atau Tamil.		
10.	Sijil perakuan tahunan ahli farmasi (jika berkenaan).		
11.	Lain-lain dokumen/sijil yang berkenaan (cth Sijil ISO, Halal dan lain-lain).		
<b>Sila nyatakan cara pengambilan keputusan :</b>		<b>Ambil Sendiri / Pos</b>	

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

**NOTA :**

- **PBKD – Pihak Berkuasa Kawalan Dadah**
- 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 UBAT/KELUARAN  
PENJAGAAN KESIHATAN**

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 2A

**Permohonan Iklan Media Untuk Ubat, Alat dan Penyembuh**

1. Nama Artikel:

---

2. Nama dan Alamat Pembuat:

---

---

3. Nama Tuan Punya Artikel:

---

4. Nama dan Alamat Pengedar :

---

---

Tanda  di petak yang berkenaan.

- i. Pernahkah tuan membuat permohonan iklan media untuk artikel ini sebelum ini. (Sekiranya permohonan untuk **pembaharuan (*renewal*)**, sila lampirkan sesalinan sijil dan format iklan yang pernah diluluskan.)

Ya

Tidak

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

---

—

---

—

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

Ya

Tidak

Jika Ya, nyatakan No. Rujukan Permohonan yang ditolak.

---

—

- iii. Adakah Ahli Farmasi berkhidmat dalam Pertubuhan Tuan.

Ya

Tidak

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

---

(b) Sudahkah iklan ini disemak oleh Ahli Farmasi

Ya      Tidak

    

(c) Pengakuan Ahli Farmasi mengenai iklan ini.

Ya      Tidak

    

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

Nama : .....

Alamat: .....

.....

.....

No. Telefon: .....

.....

T/tangan Tuan Punya Artikel

.....

T/tangan Ahli Farmasi  
di Perkara 4 di atas