

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

Nama Pemohon :

Nama Syarikat :

1. Borang permohonan [BPF/208-5(1)] lengkap diisi berserta tandatangan pemohon dan cop syarikat

2. Salinan Lesen Racun Jenis A

3. Salinan **ASAL** 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 Perkhidmatan Farmasi sekurang-kurangnya **dua (2) minggu** sebelum aktiviti pengeksportan.

**PERMOHONAN KEBENARAN EKSPORT PERSEDIAAN  
YANG MENGANDUNGI DEXTROMETHORPHAN**

**Kepada :**

**Pengarah Perkhidmatan Farmasi,  
Kementerian Kesihatan Malaysia.**

**Maklumat Pemohon**

Untuk Kegunaan  
Pejabat

Nama Pemohon : .....

Nama Syarikat : .....

Alamat Syarikat : .....

.....

No. Telefon : ..... No. Faks : .....


**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 racun 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 pengeksportan kepada Bahagian Perkhidmatan Farmasi , Kementerian Kesihatan Malaysia Lot 36, Jalan Universiti, 46350 Petaling Jaya Selangor.**

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

Tarikh Kelulusan : .....

Tarikh Luput : .....

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