

Pegawai Pelesenan,
Bahagian Perkhidmatan Farmasi,
Lot 36, Jalan Universiti,
46350 Petaling Jaya
Selangor

Tuan,

**PERMOHONAN BAGI KEBENARAN UNTUK MENGIMPORT TEST KIT YANG
MENGANDUNGI *DADAH BERBAHAYA / BAHAN PSIKOTROPIK TAHUN.....**

Bahagian I : Untuk diisi oleh pemohon			
Nama Pemohon			
Jawatan			
Nama Syarikat			
Alamat		
No. Telefon		No. Tel Bimbit	
Alamat e-mel			
Nama Pembekal/ Pengeksport			
Alamat Pembekal		
Senarai Test Kit	seperti dalam lampiran		
No. Bank Draf/Wang Pos			
Cara Pengambilan			

Tarikh:

.....
(Tandatangan Pemohon dan
Cop Syarikat)

* potong yang mana tidak berkenaan

- Perhatian:
1. Sila lampirkan bersama salinan **Lesen A dan senarai Test Kit**.
 2. Satu lesen adalah untuk **satu permohonan**.
 3. Bayaran untuk permohonan ialah RM100.00 untuk setiap **permohonan**. Semua bayaran hendaklah dibuat dalam bentuk Bank Draf atau Wang Pos sahaja di atas nama 'Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia'.

<p>Bahagian II: Untuk diisi oleh pejabat</p>
<p><u>Ulasan oleh pegawai yang memproses:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Tandatangan dan cop:</p> <p style="text-align: center;">Tarikh :</p>
<p><u>Ulasan oleh P(K)/TP(L)/KPPK:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Tandatangan dan cop:</p> <p style="text-align: center;">Tarikh :</p>
<p><u>Keputusan PKPF:</u></p> <p>Lulus <input type="checkbox"/></p> <p>Tidak Lulus <input type="checkbox"/> kerana.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Tandatangan dan cop:</p> <p style="text-align: center;">Tarikh :</p>