



UNIT UBAT TRADISIONAL DAN SUPLEMEN KESIHATAN
JABATAN PERKHIDMATAN FARMASI
KEMENTERIAN KESIHATAN

PERMOHONAN UNTUK MENGIMPORT / MENJUAL UBAT TRADISIONAL DAN SUPLEMEN KESIHATAN

Nota:

1. Borang yang tidak lengkap dan tidak diisi dengan teratur tidak akan diproses
2. Sila tandakan (X) dimana yang berkenaan.
3. Sila sertakan dokumen-dokumen yang diperlukan dengan lengkap seperti didalam lampiran A.
4. Sila senaraikan nama-nama produk yang dipohonkan dengan lengkap.

1.0 KETERANGAN PEMOHON

Nama Penuh: (Dalam Huruf Besar)	No.Kad Pintar:
------------------------------------	----------------

2.0 KETERANGAN SYARIKAT

Nama Syarikat:			
Alamat Syarikat:			Poskod:
Alamat Persuratan:			Poskod:
Talipon:	Pejabat:	Bimbit:	Email:

3.0 KETERANGAN LESEN RAMPAIAN

No.Lesen:	Jenis Perniagaan:
Tarikh dikeluarkan:	Tarikh Mansuh:

4.0 TUJUAN PEMOHONAN

<input type="checkbox"/> A- Permohonan untuk mengimport
<input type="checkbox"/> B- Permohonan untuk menjual secara borong
<input type="checkbox"/> C- Permohonan untuk menjual secara runcit

Stor Syarikat (jika ada):	Alamat:	Poskod:
	<input type="checkbox"/> Kepunyaan sendiri <input type="checkbox"/> Disewa <input type="checkbox"/> Stor tetap <input type="checkbox"/> Stor sementara	

Alamat Tempat Perniagaan Runcit /Cawangan yang dijalankan (Jika Berkenaan):	Poskod:
---	---------

Saya mengaku bahawa semua keterangan yang diberikan dalam borang ini adalah benar dan betul. Saya bersetuju mematuhi sepenuhnya semua undang-undang yang terdapat dalam Akta Racun 1956 dan Perintah Ubat 2007 dan Peraturan-Peraturannya, semua syarat-syarat tersebut dalam lesen dan semua arahan-arahan yang dikeluarkan oleh Pegawai Melesen Racun.

Cap Syarikat		Tandatangan	
Jawatan:		Tarikh:	

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA	
Diperiksa dan diterima oleh:	
Nama Pegawai:	
Tandatangan:	
Tarikh diterima:	
No Rujukan:	

**SENARAI NAMA UBAT TRADISIONAL DAN SUPLEMEN KESIHATAN YANG DIPOHONKAN UNTUK
KEBENARAN PENGIMPORAN / PENJUALAN DI NEGARA BRUNEI DARUSSALAM**

NO	NAMA PRODUK	NOMBOR BAC (BATCH NO.)	TARIKH MANSUH	NOMBOR PENDAFTARAN UBAT	NAMA PENGILANG
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Tandatangan dan Cap Syarikat