**التاريخ: ....../....../...... إصدار إذن لاستيراد أدوية شخصية**

**Approval to Import personal Medicines**

**السادة إدارة الدواء المحترمين**

**تحية طيبة وبعد،،،**

نتقدم إلى سيادتكم بطلب استيراد الأدوية الشخصية والمذكورة بالكشف المرفق مع المستندات المطلوبة.

|  |  |
| --- | --- |
| **Details of Patient** | **بيـانات خاصــة بالمريض** |
| **Patient Name** |  |  | **اسم المريض** |
| **Nationality** |  |  | **الجنسية** |
| **ID No.** |  |  | **رقم الهوية** |
| **Address in the UAE** |  |  | **العنوان في دولة الامارات** |
| **Mobile no** |  |  | **رقم هاتف المتحرك** |
| **E – Mail** |  |  | **البريد الإلكتروني** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Remark | Reject | Approved | Qty | Form | Trade Name  | Serial No |
|  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  |  |  | **5** |

**Information about the medicines**

□ I hereby confirm that all the information provided and documents attached are genuine and the medication carried will be under my own responsibility. UAE – MOH is not responsible for any side effects that may occur due to above mentioned medicine

Attachments: □An official Medical Report ( updated) □ A new and valid Medical prescription

□ A copy of ID/Passport

Signature:

□ إنني أقر بأن جميع المعلومات التي ذكرت في هذا الطلب ومرفقاته صحيحة. دون أدنى مسؤولية من وزارة الصحة الإماراتية جراء ما قد يحدث من آثار جانبية بسبب الأدوية المذكورة أعلاه.

المرفقات: □ تقرير طبي معتمد وحديث □ وصفة طبية معتمدة وحديثة

□ صورة عن البطاقة الشخصية/ صورة عن جواز سفر

توقيع:

**For official use only**

Note: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Adoption…………