

## الأوراق المطلوبة للاستفادة من استثمار الأدوية للمستودعات

- 1 - تعبئة نموذج طلب الاستثمار المرفق .
- 2 - صورة عن الهوية الشخصية للصيدلي.
- 3 - اشعار بتسديد الالتزامات المالية من الصيدلي الراغب بالاستفادة من القرض.
- 4 - اشعار بتسديد الالتزامات المالية من الصيدلي الكفيل .
- 5 - شهادة راتب للمدين والكفيل
- 6- رخصة مهنة جديدة وسجل جديد للمؤسسة.
- 7 – فاتورة رسمية تفصيلية بالأدوية وأسعارها صادرة عن مستودع او شركة أدوية وموقعة ومختومه حسب الأصول.

## المطلوب بعد موافقة المجلس

- 1- حضور الكفيل والمدين شخصيا
- 2- دفع بدل الخدمات
- 3- احضار الشيكات او توقيع الكمبيالات عند موظف الاستثمار
- 4- احضار مصادقة توقيع من البنك

## شروط استثمار الادوية للمستودعات والمؤسسات العاملة بالمستلزمات الصيدلانية

- (1) أن يكون الصيدلي مالكا للمستودع او المؤسسة لمدة لا تقل عن (5) سنوات ولا يسمح بتجاوز هذا البند .
- (2) ان يكون مالك المستودع او المؤسسة مسددا لكافة التزاماته المالية المترتبة
- (3) وجود كفيل صيدلاني ومسدد لكافة التزاماته الماليه المترتبة عليه مع وجود اقتطاع من مكان عمله.
- (4) احضار رخصة مهن جديدة وسجل تجاري جديد للمؤسسة .
- (5) يتم تسديد قيمة القرض بمدة اقصاها (24) شهر وبمربحة مقدارها (5%) وبشيكات بنكية فقط
- (6) في حال التزام مالك المستودع او المؤسسة بالتسديد (50%) من قيمة القرض يتم منحه قرضا آخر بمقدار(50%) من قيمة القرض السابق .
- (7) الحد الأقصى للقرض هو(30000) دينار .
- (8) تقديم شيكات بنكية شهرية بقيمة كامل القرض مع المربحة.
- (9) يتم كتابة كمبيالة على الصيدلي المدين بالقيمة الإجمالية للقرض وموقعة من الكفيل .
- (10) يتم تقديم رهن بقيمة القرض المطلوب .
- (11) يتم احضار كتاب من المستودع / مالك المستودع يوضح به قيمة الأدوية اللازمة مع ذكر اسم المستودع او الشركة والكمية والسعر مع استكمال باقي الشروط.
- (12) يتم استيفاء مبلغ بدل خدمات.
- (13) في حال وفاة الصيدلاني / الصيدلانية المستفيد من القرض يتم اقتطاع كامل قيمة القرض من تعويض الوفاة المستحق للورثة.

الموضوع :- الاستفادة من برنامج استثمار الأدوية

الاسم الرباعي :- .....

رقم العضوية : .....

مكان العمل : .....

مكان السكن : .....

الراتب : .....

رقم الهاتف : .....

اسم الكفيل :- .....

مكان عمل الكفيل : .....

مكان سكن الكفيل : .....

راتب الكفيل : .....

رقم هاتف الكفيل : .....

قيمة الاستثمار المطلوب :- .....

مدة السداد بالسنوات :- .....

طريقة دفع الاقساط:- ( شيكات بنكية ) ، ( كمبيالات )

التوقيع :- .....

التاريخ

## الموضوع :- تعهد كفالة

أتعهد أنا الدكتور/ة ..... بأن أقوم بتسديد

الشيكات او الكمبيالات المقدمة لمعاملة الادوية التي قام بشرائها الدكتور/ة

.....

اذا لم يتم تسديدها من قبل الدكتور/ة ..... كفالة

مطلقة حتى يتم استلام كتاب من النقابة يفيد بتسديد شيكات او كمبيالات

الادوية موضوع الكفالة.

وعلى هذا أوقع ...

ملاحظه : تعتبر الكمبياله الاجماليه او الشيك الاجمالي لاغي بعد تسديد كامل

الاقساط المستحقه

الاسم :-

التوقيع :-

التاريخ :-