



Government Gazette

REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

Vol. 462 Pretoria 18 December 2003 No. 25843



AIDS HELPLINE: 0800-0123-22 Prevention is the cure

GOVERNMENT NOTICE

DEPARTMENT OF HEALTH

No. 1828

18 December 2003

PHARMACY ACT 1974 (ACT NO. 53 OF 1974)

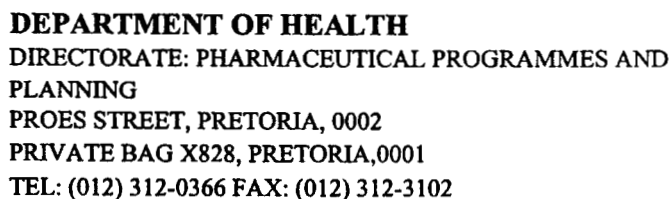
APPLICATION FORMS FOR PHARMACY PREMISES :AMENDMENT

In terms of section 22(1) of the Pharmacy Act, 1974 and regulation 8(1) (a) of the Regulations Relating to the Ownership and Licensing of Pharmacies made in terms of the Pharmacy Act, a person desiring to own a pharmacy shall submit to the Director-General a duly completed application on a form approved by the Director-General.

The forms referred to above were published under Government Notice No 761 in Government Gazette No 25056 of 3 June 2003. An amendment to the forms is hereby published for general information.

DIRECTOR-GENERAL: HEALTH

}
}
}
}
}
}
}
}
}



**APPLICATION FOR A LICENCE FOR THE PREMISES WHEREIN OR FROM WHICH
THE BUSINESS OF A PHARMACY SHALL BE CARRIED OUT IN TERMS OF THE
PHARMACY ACT, 1974 (ACT 53 OF 1974) AS AMENDED (OWNERSHIP CHANGE)**

Please print and use black ink to complete																For Office Use Only									
* SECTION A: PARTICULARS OF PHARMACY OWNER																									
* Pharmacy Owner										Company				Close Corporation				Partnership				Sole Proprietor			
* Identity Number of Owner																									
* Company / * Close Corporation Registration Number																									
* Full Name(s) of Applicant																									
* Identity Number of Applicant																									
* Category of premises to be licenced										Community				Institutional				Consultant							
* Full Names of Owners/Company/Close Corporation (If different from applicant)																									
* Contact Address																									
* Telephone Number																									
E-mail address																									
* SECTION B: PARTICULARS OF RESPONSIBLE PHARMACIST																									
* Full Names of Responsible Pharmacist																									
* Contact Address																									
* Telephone Number																									
E-mail address																									
* Qualification																									
* Registration Number with the South African Pharmacy Council																									
* Identity Number of Responsible Pharmacist																									

Application for a Licence for Pharmacy Premises

Please print and use black ink to complete																		For Office Use Only	
SECTION C: PARTICULARS OF PREMISES																			
* Pharmacy Name (Proposed trading title)																			
* Alternative trading title:																			
* Postal Address of Premises																			
				Postal Code															
* Physical Address of Premises																			
				Code															
* Contact Telephone Number																			
Contact Fax Number																			
E-mail address																			
Supply current licence or registration number.																			
* SECTION D: CRITERIA FOR A LICENCE																			
1. The exact geographic location of the premises.																			
2. Will the licence holder be able to comply with Good Pharmacy Practice as determined by the South African Pharmacy Council?																			
* SECTION E: INFORMATION OF PREMISES																			
I the above applicant declare that:																			
1. The size of the premises is																		Yes	No
2. There will is a separate facility for washing hands.																		Yes	No
3. There is a separate facility for cleaning equipment																		Yes	No
4. The pharmacy will be suitable located in the institution.																		Yes	No
5. A responsible pharmacist is present at all times during business hours.																		Yes	No
6. The premises is kept clean																		Yes	No
7. The floor surface is of impermeable material.																		Yes	No
8. All working surfaces are finished with a smooth impermeable and washable material.																		Yes	No
9. All cuboards and shelves are finished with a smooth impermeable and washable material.																		Yes	No
10. A registered pharmacist only is in possession of the keys of the pharmacy.																		Yes	No
11. There is adequate and sufficient lighting.																		Yes	No
12. The temperature in the dispensary is below 25° C																		Yes	No
13. The total floor area is sufficient for the efficient operation of staff.																		Yes	No
14. There is a suitable waiting area, in accordance with Good Pharmacy Practice (GPP) guidelines.																		Yes	No
15. There is a suitable semi-private area for the provision of information and advice in accordance with GPP guidelines																		Yes	No
16. All Scheduled medicines are stored/displayed in areas inaccessible to the public																		Yes	No
17. The receiving area for deliveries is clearly defined and effectively separated from thre pharmacy																		Yes	No
18. The pharmacy is suitably situated in the hospital (institutional pharmacies only)																		Yes	No
19. Security measures are in place to prevent unauthorised entry																		Yes	No
20. A fridge for heat sensitive pharmaceuticals and vaccines is available																		Yes	No

Application for a Licence for Pharmacy Premises

Please print and use black ink to complete		
21. Access to the premises will be:	Via independent entrance to and from the premises	
(Indicate one only. Mark with a X)	Share joint entrance with another/adjoining premises	
	Both independent entrance and shared entrance	
22. Will medicines/stock be stored away from the pharmacy premise outlined in Section C ?	Yes	No
If yes, please supply details of other premises/storage where medicines/stock will be stored:		
*SECTION F: SUPPORTING DOCUMENTATION	MARK WITH X	For Office Use Only
The following documentation is submitted in support of this application:		
1. A letter of appointment for the responsible pharmacist for the pharmacy	☐	
2. A letter of acceptance of the above appointment in which the responsible pharmacist declares that he/she accepts such appointment,	☐	
3. Copy of the site plan and floor plan of the building indicating the location of the pharmacy premises in relation to adjoining or surrounding business and access to and from the premises.	☐	
4. Copy of the plan of the layout of the actual pharmacy premises drawn to scale, in which points 2, 3, 14, 15 and 16 indicated in SECTION E can be clearly identified.	☐	
5. Affidavit regarding eligibility, ownership and compliance with standards as required in terms of Regulations 3, 4, 5, 6 and 7 of the Regulations Relating to the Ownership and Licensing of Pharmacies (sole proprietor), all partners of the partnership, all members of the Close Corporation or shareholders of the company.	☐	
6. In case of a Close Corporation the latest CK2 (as approved)	☐	
7. In case of a company a copy of the Certificate of Incorporation (Change of Name Certificate if applicable) and the latest CM29.	☐	
8. Schedules from the auditors certifying the names of the directors and shareholders.	☐	
9. Certified copy of the Agreement of Sale.	☐	
10. Affidavit indicating that the pharmacy will not be relocated to new premises.	☐	
11. A bank guaranteed cheque for the fees as published in the Government Gazette made payable to the South African Pharmacy Council	☐	

Application for a Licence for Pharmacy Premises

***SECTION G: DECLARATION BY THE APPLICANT**

- i) The above pharmacy will be conducted under the direct personal supervision of a responsible pharmacist.
 ii) The Director-General will be notified of any material changes within 30 days of such changes.
 iii) The information furnished herewith is true and correct.
 iv) I, hereby give consent for an inspection of the premises in terms of the applicable Legislation.

APPLICANT'S SIGNATURE: _____

DATE: _____

D D

M M

Y Y Y Y

***SECTION H: DECLARATION BY COMMISSIONER OF OATHS**

SIGNED and SWORN at _____

on this _____ day of _____ in the
 year _____, the deponent (applicant) having
 acknowledged that he/she understands the contents of this
 declaration.

acknowledged that he/she knows and understands

the contents of this declaration

SIGNATURE OF COMMISSIONER OF

OATHS :

DATE: _____

STAMP

Full name, capacity, address and contact
 details of Commissioner of Oaths

**ONLY ORIGINAL DOCUMENTATION OR CERTIFIED COPIES WHERE APPLICABLE WILL BE
 ACCEPTED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH**



**AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR DIE PERSEEL WAARIN OF WAARVAN DIE
BESIGHEID VAN 'N APTEEK GEDOEN SAL WORD IN TERME VAN DIE WET OP
APTEKERS, 1974 (WET 53 VAN 1974)SOOS GEWYSIG(EIENAARSKAP VERANDERING)**

Voltooi asseblief in drukskrif en swart ink																		Vir Kantoor Gebruik
* AFDELING A: INLIGTING VAN APTEEK EIENAAR																		
* Aptek Eienaar						Maatskappy			Beslote Korporasie			Vennootskap			Alleen Eienaar			
* Identiteitsnommer van Eienaar																		
* Maatskappy/ *Beslote Korporasie Registrasie nommer																		
* Volle Name van Aansoeker																		
* Identiteitsnommer Van Aansoeker																		
* Kategorie van perseel wat gelisensieer moet word						Gemeenskap			Inrigting			Konsultant						
Volle Name van Eienaar/ Maatskappy/ Beslote Korporasie.																		
Indien anders as aansoeker)																		
* Kontak Adres																		
* Telefoonnommer																		
E-pos adres																		
* AFDELING B: INLIGTING VAN VERANTWOORDELIKE APTEKER																		
* Volle Name van Verantwoordelike Apteker																		
*Kontak Adres																		
*Telefoonnommer																		
E-pos adres																		
*Kwalifikasie																		
*Registrasienuommer by Suid Afrikaanse Aptekersraad																		
*Identiteitsnommer van Verantwoordelike Apteker																		

AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR 'N APTEEKPERSEEL

Voltooi asseblief in drukskrif en swart ink															Vir Kantoor Gebruik	
AFDELING C: PERSEEL INLIGTING																
* Apteek Naam (Voorgestelde Handelsnaam)																
* Alteratiewe Handelsnaam:																
* Posadres van Perseel																
			Poskode													
* Fisiese Adres van Perseel																
			Kode													
* Kontak Telefoonnommer																
Kontak Faksnommer																
E-pos Adres																
Voorsien die huidige lisensie of registrasie nommer.																
* AFDELING D: KRITERIA VIR 'N LISENSIE																
1. Die presiese geografiese ligging van die perseel.																
2. Sal die lisensiehouer in staat wees om te voldoen aan die vereiste van Goeie Farmaseutiese Praktyk soos deur die Suid Afrikaanse Aptekersraad bepaal word?																
* AFDELING E: INLIGTING VAN PERSEEL																
EK, die bogenoemde aplikant verklaar dat:																
1. Die grootte van die perseel is															m	
2. Daar is/ sal 'n aparte fasiliteit wees om hande te was															Ja Nee	
3. Daar is/sal 'n aparte fasiliteit wees vir die skoonmaak van toerusting															Ja Nee	
4. Die apteek sal toepaslik geleë wees in die inrigting															Ja Nee	
5. 'n Verantwoordelike apteker sal ten alle tye gedurende besigheidsure teenwoordig wees															Ja Nee	
6. Die perseel sal skoon gehou word															Ja Nee	
7. Die vloeroppervlakte sal van 'n ondeurdringbare materiaal wees															Ja Nee	
8. Alle werksoppervlaktes sal afgewerk wees met 'n gladde ondeurdringbare en wasbare															Ja Nee	
9. Alle kaste en rakke sal afgewerk wees met 'n gladde ondeurdringbare en wasbare materiaal															Ja Nee	
10. Alleenlik 'n geregistreerde apteker sal in besit wees van die sleutels van die apteek															Ja Nee	
11. Daar sal genoegsame en voldoende beligting wees.															Ja Nee	
12. Die temperatuur in die resepteerafdeling sal onder 25° C wees															Ja Nee	
13. Die totale vloeroppervlakte sal voldoende wees vir effektiewe werksverrigting															Ja Nee	
14. Daar sal 'n geskikte wagarea in ooreenstemming met Goeie Farmaseutiese Praktyk (GFP) riglyne wees															Ja Nee	
15. Daar sal 'n semi-private area wees vir die voorsiening van inligting en advies in ooreenstemming met GFP riglyne.															Ja Nee	

ကုမ္ပဏီ

AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR 'N APTEEKPERSEEL

Voltooi asseblief in drukskrif en swart ink		
16. Alle geskeduleerde medisyne sal geberg/uitgestal word in areas wat ontoeganklik is vir die publiek.	Ja	Nee
17. Die ontvangsarea vir aflewings sal duidelik aangedui en effektief afgesonder van die res van die apteek wees	Ja	Nee
18. Die apteek sal toepaslik geleë wees in die hospitaal	Ja	Nee
19. Sekuriteitsmaatreëls is in plek om ongemagtigde toegang te voorkom	Ja	Nee
20. 'n Yskas vir hitte-sensitiewe medisyne en entstowwe sal beskikbaar wees.	Ja	Nee
21. Toegang tot die perseel sal wees:	Alleenlik deur 'n aparte ingang na en van die perseel Gedeelde gesamentlike toegang met ander /aangrensende persele Beide onafhanklike en gedeelde toegang	
(Dui aan. Merk met 'n X)		
22. Sal medisyne/voorraad op 'n ander plek as aangedui in Afdeling C geberg word?	Ja	Nee
Indien ja, voorsien asseblief besonderhede van die ander persele/store waar medisyne/voorraad geberg sal word:		
*AFDELING F: ONDERSTEUNENDE DOKUMENTASIE		MERK MET X
Vir Kantoor Gebruik		
Die volgende dokumentasie word voorsien ter staving van hierdie aansoek:		
1. 'n Aanstellingsbrief vir die verantwoordelike apteker van bogenoemde apteek	☐	
2. 'n Brief van aanvaarding van bogenoemde aanstelling waarin die verantwoordelike apteker verklaar dat hy/sy die aanstelling aanvaar, sowel as die verpligtinge en verantwoordelikhede van 'n verantwoordelike apteker soos uiteengesit in Regulasie 28 van die Regulasies met Betrekking tot die Praktijk van Apteekwese.	☐	
3. 'n Afskrif van die terrein en vloerplan van die gebou waarin die ligging van die apteekperseel aangedui word in verhouding tot die aangrensende of omringende besighede en toegang tot en van die	☐	
4. 'n Plan van die uitleg van die beplande apteek perseel geteken op skaal waarin punte 2, 3, 14, 15 en 16 soos aangedui in Afdeling E duidelik geïdentifiseer kan word.	☐	
5. 'n Beëdigde verklaring aangaande verantwoordelikheid, eienaarskap en nakoming van standarde soos vereis in terme van Regulasies 2, 3, 4, 5, 6 en 7 van die Regulasies Betreffende die Eienaarskap en Lisensiëring van Apteke voltooi deur die eienaar (alleen-eienaar), alle vennote van die vennootskap, alle lede van die Beslote Korporasie of aandeelhouders van die maatskappy.	☐	
6. In die geval van 'n Beslote Korporasie die nuutste CK2 (Soos goedgekeur)	☐	
7. In die geval van 'n Maatskappy 'n gesertifiseerde afskrif van die Sertifikaat van Inkorporasie (Naamsveranderingssertifikaat indien van toepassing) en die nuutste CM29.	☐	

AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR 'N APTEEKPERSEEL

*AFDELING F: ONDERSTEUNENDE DOKUMENTASIE (VERVOLG)		MERK MET
8. Skedules vanaf ouditeure wat die name van die direkteure en aandeelhouders sertifiseer.	☐	
9. 'n Gesertifiseerde afskrif van die Ooreenkoms van Verkoop	☐	
10. 'n Beëdigdeverklaring wat aandui dat die perseel nie verskuif sal word nie	☐	
11. 'n Bank gewaarborgde tjek uitgemaak aan die Suid Afrikaanse Aptekersraad vir die fooie soos aangedui in die Staatskoerant.	☐	

***AFDELING G: VERKLARING DEUR DIE APPLIKANT**

- i) Bogenoemde apteek sal bedryf word onder direkte persoonlike toesighouding van die verantwoordelike apteker.
 ii) Die Direkteur-Generaal sal in kennis gestel word van enige wesentlike verandering binne 30 dae vanaf sulke
 iii) Die inligting verskaf is waar en korrek.
 iv) Ek gee hiermee toestemming vir 'n inspeksie in terme van die toepaslike Wetgewing.

AANSOEKER SE HANDTEKENING:

DATUM:

D D

M M

J J J J

*AFDELING H: VERKLARING DEUR KOMMISSARIS VAN EDE

STEMPEL	
GETEKEN en BëDIG te _____ op hierdie _____ dag van _____, die die jaar _____, die verklaarder (applikant) erken dat hy/sy die inhoud van hierdie verklaring verstaan HANDTEKENING VAN KOMMISSARIS COMMISSIONER OF VAN EDE : _____ DATUM: _____	Volle name, hoedanigheid, adres en kontak besonderhede van Kommissaris van Ede

ALLEENLIK OORSPRONLIKE DOKUMENTE OF GESERTIFISEERDE AFSKRIFTE WAAR TOEPASLIK
 SAL AANVAAR WORD DEUR DIE DEPARTEMENT VAN GESONDHEID



DEPARTEMENT VAN GESONDHEID

PROES STRAAT, PRETORIA, 0002
PRIVAAT SAK X828, PRETORIA,0001
TEL: (012) 312-0366 FAKS: (012) 312-3102

**AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR DIE PERSEEL WAARIN OF WAARVAN DIE
BESIGHEID VAN 'N APTEEK GEDOEN SAL WORD IN TERME VAN DIE WET OP
APTEKERS, 1974 (WET 53 VAN 1974) SOOS GEWYSIG (NUWE EN VERSKUIWING)**

Voltooi asseblief in drukskrif en swart ink																		Vir Kantoor Gebruik	
* AFDELING A: INLIGTING VAN APTEEK EIENAAR																			
* Aptek Eienaar				Maatskappy		Beslote Korporasie		Vennootskap			Alleen Eienaar								
* Identiteitsnommer van Eienaar																			
* Maatskappy/ *Beslote Korporasie Registrasie nommer																			
* Volle Name van Aansoeker																			
* Identiteitsnommer Van Aansoeker																			
* Kategorie van perseel wat gelisensieer moet word				Gemeenskap		Inrigting			Konsultant										
Volle Name van Eienaar /Maatskappy /Beslote Korporasie (Indien verskillend van aansoeker)																			
* Kontak Adres																			
* Telefoonnommer																			
E-pos adres																			
* AFDELING B: INLIGTING VAN VERANTWOORDELIKE APTEKER																			
* Volle Name van Verantwoordelike Apteker																			
*Kontak Adres																			
*Telefoonnommer																			
E-pos adres																			
*Kwalifikasie																			
*Registrasienommer by Suid Afrikaanse Aptekersraad																			
*Identiteitsnommer van Verantwoordelike Apteker																			

AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR 'N APTEEKPERSEEL

Voltooi asseblief in drukskrif en swart ink															Vir Kantoor Gebruik	
AFDELING C: PERSEEL INLIGTING																
*Aptek Naam (Voorgestelde Handelsnaam)																
* Alteratiewe Handelsnaam:																
* Posadres van Perseel																
* Fisiese Adres van Perseel																
* Kontak Telefoonnommer																
Kontak Faksnommer																
E-pos Adres																
(a) Is dit 'n nuwe apteek?	Ja	Nee	(b) Is dit die verskuiwing van 'n bestaande apteek						Ja	Nee						
Indien (b) voorsien huidige lisensie of registrasie nommer.																
* AFDELING D: KRITERIA VIR 'N LISENSIE																
1. Die presiese geografiese ligging van die perseel.																
2. Watter voordeel sal die gemeenskap trek uit hierdie apteek?																
3. Wat sal die aard en omvang wees van die farmaseutiese dienste wat voorsien word																
4. Is daar 'n statutêre vereiste vir die apteek?(Privaat hospitale alleenlik)																
5. Wat is die grootte van die populasie in die bedieningsarea van die apteek?(Voorsien bron van inligting)																
6. Hoeveel ander gesondheidsdiensverskaffers is daar in die omliggende area en wat is die aard en omvang van gelewerde dienste? (dokters, aptekers, klinieke)																
7. Sal die apteek dienste voorsien aan persone buite die bedieningsarea? Bv pos-bestellingsdiens.																
8. Watter, indien enige, spesiale behoeftes van die gemeenskap sal aangespreek word?																
9. Sal die lisensiehouer in staat wees om te voldoen aan die vereiste van Goeie Farmaseutiese Praktyk soos deur die Suid Afrikaanse Aptekersraad bepaal word?																

AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR 'N APTEEKPERSEEL

Voltooi asseblief in drukskrif en swart ink		
* AFDELING E: INLIGTING VAN PERSEEL		
EK, die bogenoemde applikant verklaar dat:		
1. Die grootte van die perseel is		m ²
2. Daar is/ sal 'n aparte fasiliteit wees om hande te was	Ja	Nee
3. Daar is/sal 'n aparte fasiliteit wees vir die skoonmaak van toerusting	Ja	Nee
4. Die apteek sal toepaslik geleë wees in die inrigting	Ja	Nee
5. 'n Verantwoordelike apteker sal ten alle tye gedurende besigheidsure teenwoordig wees	Ja	Nee
6. Die perseel sal skoon gehou word	Ja	Nee
7. Die vloeroppervlakte sal van 'n ondeurdringbare materiaal wees	Ja	Nee
8. Alle werksoppervlaktes sal afgewerk wees met 'n gladde ondeurdringbare en wasbare materiaal	Ja	Nee
9. Alle kaste en rakke sal afgewerk wees met 'n gladde ondeurdringbare en wasbare materiaal	Ja	Nee
10. Alleenlik 'n geregistreerde apteker sal in besit wees van die sleutels van die apteek	Ja	Nee
11. Daar sal genoegsame en voldoende beligting wees.	Ja	Nee
12. Die temperatuur in die resepteerafdeling sal onder 25 ^o C wees	Ja	Nee
13. Die totale vloeroppervlakte sal voldoende wees vir effektiewe werksverrigting	Ja	Nee
14. Daar sal 'n geskikte wagarea in ooreenstemming met Goeie Farmaseutiese Praktyk (GFP) riglyne wees	Ja	Nee
15. Daar sal 'n semi-private area wees vir die voorsiening van inligting en advies in ooreenstemming met GFP riglyne.	Ja	Nee
16. Alle geskeduleerde medisyne sal geberg/uitgestal word in areas wat toeganklik is vir die publiek.	Ja	Nee
17. Die ontvangsarea vir aflewering sal duidelik aangedui en effektief afgesonder van die res van die apteek wees	Ja	Nee
18. Die apteek sal toepaslik geleë wees in die hospitaal	Ja	Nee
19. Sekuriteitsmaatreëls is in plek om ongemagtigde toegang te voorkom	Ja	Nee
20. 'n Yskas vir hitte-sensitiewe medisyne en entstowwe sal beskikbaar wees.	Ja	Nee
21. Toegang tot die perseel sal wees:	Alleenlik deur 'n aparte ingang na en van die perseel Gedeelde gesamentlike toegang met ander /aangrensende persele Beide onafhanklike en gedeelde toegang	
22. Sal medisyne/voorraad op 'n ander plek as aangedui in Afdeling C geberg word?	Ja	Nee
Indien ja, voorsien asseblief besonderhede van die ander persele/store waar medisyne/voorraad geberg sal word:		
*AFDELING F: ONDERSTEUNENDE DOKUMENTASIE		MERK MET X
Die volgende dokumentasie word voorsien ter staving van hierdie aansoek:		Vir Kantoor Gebruik
1. 'n Aanstellingsbrief vir die verantwoordelike apteker van bogenoemde apteek	☐	

AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR 'N APTEEKPERSEEL

*AFDELING F: ONDERSTEUNENDE DOKUMENTASIE -VERVOLG	MERK MET X	Vir Kantoor Gebruik
2. 'n Brief van aanvaarding van bogenoemde aanstelling waarin die verantwoordelike apteker verklaar dat hy/sy die aanstelling aanvaar, sowel as die verpligtinge en verantwoordelikhede van 'n verantwoordelike apteker soos uiteen gesit in Regulasie 28 van die Regulasies met Betrekking tot die Praktyk van Apteekwese.	☐	
3. 'n Afskrif van die terrein en vloerplan van die gebou waarin die ligging van die apteekperseel aangedui word in verhouding tot die aangrensende of omringende besighede en toegang tot en van die perseel.	☐	
4. 'n Plan van die uitleg van die beplande apteek perseel geteken op skaal waarin punte 2, 3, 14, 15 en 16 soos aangedui in Afdeling E duidelik geïdentifiseer kan word.	☐	
5. 'n Beëdigde verklaring aangaande verantwoordelijkheid, eienaarskap en nakoming van standaarde soos vereis in terme van Regulasies 2, 3, 4, 5, 6 en 7 van die Regulasies Betreffende die Eienaarskap en Lisensiëering van Apteke voltooi deur die Eienaar (alleen-eienaar), alle vennote van die Vennootskap, alle lede van die Beslote Korporasie of aandeelhouders van die Maatskappy.	☐	
6. In die geval van 'n Beslote Korporasie die nuutste CK2 (Soos goedgekeur)	☐	
7. In die geval van 'n Maatskappy 'n gesertifiseerde afskrif van die Sertifikaat van Inkorporasie (Naamsveranderingsertifikaat indien van toepassing)	☐	
8. Skedules vanaf ouditeure wat die name van die direkteure en aandeelhouders sertifiseer.	☐	
9. 'n Bank gewaarborgde tjek uitgemaak aan die Suid Afrikaans Aptekersraad vir fooie soos aangedui in die Staatskoeran	☐	
*AFDELING G: VERKLARING DEUR DIE APPLIKANT		
i) Bogenoemde apteek sal bedryf word onder direkte persoonlike toesighouding van die verantwoordelike apteker. ii) Die Direkteur-Generaal sal in kennis gestel word van enige wesenlike verandering binne 30 dae vanaf sulke veranderinge. iii)Die inligting verskaf is waar en korrek. iv) Ek gee hiermee toestemming vir 'n inspeksie in terme van die toepaslike Wetgewing.		
AANSOEKER SE HANDTEKENING:		
_____ DATUM: . . D D M M J J J J		
*AFDELING H: VERKLARING DEUR KOMMISSARIS VAN EDE		
GETEKEN en BÊEDIG te _____ op hierdie _____ dag van _____ die jaar _____, die verklaarder (applikant) erken dat hy/sy die inhoud van hierdie verklaring verstaan HANDTEKENING VAN KOMMISSARIS VAN EDE : _____ DATUM: _____	STEMPEL	
Volle name, hoedanigheid, adres en kontak besonderhede van Kommissaris van Ede		

AANSOEK OM 'N LISENSIE VIR 'N APTEEKPERSEEL

**ALLEENLIK OORSPRONLIKE DOKUMENTE OF GESERTIFISEERDE AFSKRIFTE WAAR TOEPASLIK
SAL AANVAAR WORD DEUR DIE DEPARTEMENT VAN GESONDHEID**



DEPARTMENT OF HEALTH
DIRECTORATE: PHARMACEUTICAL PROGRAMMES AND
PLANNING
PROES STREET, PRETORIA, 0002
PRIVATE BAG X828, PRETORIA, 0001
TEL: (012) 312-0366 FAX: (012) 312-3102

**APPLICATION FOR A LICENCE FOR THE PREMISES WHEREIN OR FROM WHICH
THE BUSINESS OF A PHARMACY SHALL BE CARRIED OUT IN TERMS OF THE
PHARMACY ACT, 1974 (ACT 53 OF 1974) AS AMENDED (NEW AND RELOCATION)**

Please print and use black ink to complete																For Office Use Only									
* SECTION A: PARTICULARS OF PHARMACY OWNER																									
* Pharmacy Owner										Company				Close Corporation				Partnership				Sole Proprietor			
* Identity Number of Owner																									
* Company / * Close Corporation Registration Number																									
* Full Name(s) of Applicant																									
* Identity Number of Applicant																									
* Category of premises to be licenced										Community				Institutional				Consultant							
* Full Names of Owners/Company/Close Corporation (If different from applicant)																									
* Contact Address																									
* Telephone Number																									
E-mail address																									
* SECTION B: PARTICULARS OF RESPONSIBLE PHARMACIST																									
* Full Names of Responsible Pharmacist																									
* Contact Address																									
* Telephone Number																									
E-mail address																									
* Qualification																									
* Registration Number with the South African Pharmacy Council																									
* Identity Number of Responsible Pharmacist																									

Application for a Licence for Pharmacy Premises

Please print and use black ink to complete															For Office Use Only				
SECTION C: PARTICULARS OF PREMISES																			
* Pharmacy Name (Proposed trading title)																			
* Alternative trading title:																			
* Postal Address of Premises																			
* Physical Address of Premises																			
* Contact Telephone Number																			
Contact Fax Number																			
E-mail address																			
(a) Is this a new pharmacy?				Yes		No		(b) Is this the relocation of an existing pharmacy?				Yes		No					
If (b) supply current licence or registration number.																			
* SECTION D: CRITERIA FOR A LICENCE																			
1. The exact geographic location of the premises.																			
2. What benefit will the community derive from the pharmacy ?																			
3. What will be the nature and extent of the pharmaceutical services provided ?																			
4. Is there a statutory requirement for the pharmacy? (Private hospitals only)																			
5. What is the size of the population in the catchment area of the pharmacy? (Include source of information)																			
6. How many other health service providers are there in the surrounding area and what is the nature of the services provided eg doctors, pharmacists, clinics etc																			
7. Will the pharmacy provide services to persons outside the service/catchment areas? E.g. mail order.																			
8. What, if any, special needs of the community will be addressed?																			
9. Will the licence holder be able to comply with Good Pharmacy Practice as determined by the South African Pharmacy Council?																			

Application for a Licence for Pharmacy Premises

Please print and use black ink to complete		
* SECTION E: INFORMATION OF PREMISES		
I, the above applicant declare that:		
1. The size of the premises is	m ²	
2. There is/ will be a separate facility for washing hands	Yes	No
3. There is/ will be a separate facility for cleaning of equipment	Yes	No
4. The pharmacy will be suitably located in the institution	Yes	No
5. A responsible pharmacist will be present at all times during business hours.	Yes	No
6. The premises will be kept clean	Yes	No
7. The floor surface will be of impermeable material	Yes	No
8. All working surfaces will be finished with a smooth impermeable and washable material	Yes	No
9. All cupboards and shelves will be finished with a smooth, impermeable and washable material	Yes	No
10. A registered pharmacist only will be in possession of the keys to the pharmacy	Yes	No
11. There will be sufficient and adequate lighting.	Yes	No
12. The temperature in the dispensary will be below 25 ⁰ C	Yes	No
13. The total floor area will be sufficient for the efficient operation of staff	Yes	No
14. There will be a suitable waiting area, in accordance with Good Pharmacy Practice (GPP) guidelines	Yes	No
15. There will be a suitable semi-private area for the provision of information and advice in accordance with GPP guidelines	Yes	No
16. All Scheduled medicines will be stored/displayed in areas inaccessible to the public	Yes	No
17. The receiving area for deliveries will be clearly defined and effectively separated from the pharmacy	Yes	No
18. The pharmacy will be suitably situated in the hospital (institutional pharmacies only)	Yes	No
19. Are security measures in place to prevent unauthorised entry?	Yes	No
20. A fridge for heat sensitive pharmaceuticals and vaccines will be available.	Yes	No
21. Access to the premises will be:	Via independent entrance to and from the premises Share joint entrance with another/adjoining premises Both independent entrance and shared entrance	
(Indicate one only. Mark with a X)		
22. Will medicines/stock be stored away from the pharmacy premise outlined in Section C ?	Yes	No
If yes, please supply details of other premises/storage where medicines/stock will be stored:		
.....		
.....		
.....		
.....		
*SECTION F: SUPPORTING DOCUMENTATION		
MARK WITH X		For Office Use Only
The following documentation is submitted in support of this application:		
1. A letter of appointment for the responsible pharmacist for the pharmacy	☐	

Please print and use black ink to complete

Please print and use black ink to complete		
*SECTION F: SUPPORTING DOCUMENTATION -CONTINUE	MARK WITH X	For Office Use Only
2. A letter of acceptance of the above appointment in which the responsible pharmacist declares that he/she accepts such appointment, as well as the duties and responsibilities of a responsible pharmacist as set out in Regulation 28 of the Regulations Relating To The Practice of Pharmacy.	☐	
3. Copy of the site and floor plan of the building indicating the location of the pharmacy premises in relation to adjoining or surrounding businesses and access to and from the premises.	☐	
4. Copy of the plan of the layout of the actual pharmacy premises drawn to scale, in which points 2, 3, 14, 15 and 16 indicated in SECTION E can be clearly identified.	☐	
5. Affidavit regarding eligibility, ownership and compliance with standards as required in terms of Regulations 3, 4, 5, 6 and 7 of the Regulations Relating to the Ownership and Licensing of Pharmacies (sole proprietor), all partners of the Partnership, all members of the Close Corporation or hareholders of the Company.	☐	
6. In case of a Close Corporation the latest CK2 (as approved)	☐	
7. In case of a company a copy of the Certificate of Incorporation (Change of Name Certificate if applicable) and the latest CM29.	☐	
8. Schedules from the auditors certifying the names of the directors and shareholders.	☐	
9. A bank gauranteed chequefor the fees as published in the Government Gazette made payable to the South African Pharmacy Council	☐	
*SECTION G: DECLARATION BY THE APPLICANT		
i) The above pharmacy will be conducted under the direct personal supervision of a responsible pharmacist. ii) The Director-General will be notified of any material changes within 30 days of such changes. iii)The information furnished herewith is true and correct. iv) I, hereby give consent for an inspection of the premises in terms of the applicable Legislation.		
APPLICANT'S SIGNATURE:		
_____ DATE: D D D D M M M M Y Y Y Y Y Y Y Y		
*SECTION H: DECLARATION BY COMMISSIONER OF OATHS		
SIGNED and SWORN at _____ on this _____ day of _____ in the year _____, the deponent (applicant) having acknowledged that he/she knows and understands the contents of this declaration SIGNATURE OF COMMISSIONER OF OATHS : _____ DATE: _____		STAMP
		Full name, capacity, address and contact details of Commissioner of Oaths

Application for a Licence for Pharmacy Premises

**ONLY ORIGINAL DOCUMENTATION OR CERTIFIED COPIES WHERE APPLICABLE WILL BE
ACCEPTED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH**
