



استمارة الموافقة النهائية لإصدار ترخيص مؤسسة صحية خاصة  
Final Approval Form for Issuing Health Establishment License

بيانات المؤسسة الصحية الخاصة Health Information Details

رقم ترخيص المؤسسة

اسم المؤسسة التجارية		رقم السجل	
الإسم التجاري للمؤسسة ( العلامة التجارية )			
عنوان المؤسسة التجارية	المحافظة	الولاية	
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني		
موقع المؤسسة المقترح: المحافظة / الولاية			
نوع المنشأة التي ستقام عليها المؤسسة الصحية			
عيادة طبية	عيادة عامة	عيادة اسنان	شقة فيلا عمارة مستقلة عيادة مستقلة عيادة متنقلة بنية مستحدثة
تخصص العيادة			
نوع المؤسسة الصحية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مركز طبي			
مركز طبي / ذكر التخصصات			
مجمع طبي / ذكر التخصصات			
مستشفى خاص - عدد الاسرة ( )			
الرجاء الاختيار من قائمة التخصصات المعتمدة بالملحق رقم ( 1 )			



## The Requested Service's Details بيانات الخدمة المطلوبة

<input type="checkbox"/> نقل مؤسسة صحية Change Health Est. Location	<input type="checkbox"/> ترخيص خدمة جديدة New Service Licensing	<input type="checkbox"/> ترخيص مؤسسة جديدة New Establishment Licensing
		خدمات أخرى (الرجاء ذكرها) Other Services (Plz. List)
Heath Est. Inspection's Details		
اسم مقدم الطلب Name of requester	<input type="checkbox"/>	هل المؤسسة الصحية استكملت جميع متطلبات التجهيزات؟ Has the health est. fulfilled all the requirements?
التوقيع Signet	<input type="checkbox"/>	تاريخ تقديم طلب التفتيش النهائي للمؤسسة الصحية Date of final inspection's request of health est.
For Official Use للاستعمال الرسمي		
<input type="checkbox"/> الثالثة 3 <sup>rd</sup>	<input type="checkbox"/> الثانية 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/> الاولى 1 <sup>st</sup>
		رقم الزيارة No of Visit
		تاريخ تفتيش المؤسسة الصحية Date of inspection
غير مستوفية Not met	مستوفية Met	نتيجة التفتيش Inspection's Result
		الملاحظات Remarks
التوقيع Signet	الوظيفة Job Title	الاسم Name
أعضاء فريق التفتيش مع التوقيع List of Inspection's team & Sign.		
التاريخ	التوقيع	الجهات المختصة
		مدير دائرة المؤسسات الصحية الخاصة بالمحافظة
		مدير دائرة تراخيص المؤسسات الصحية الخاصة
		مدير عام المديرية العامة للمؤسسات الصحية الخاصة
	رقم إيصال الدفع	20 م / /
	التوقيع والختم	تاريخ دفع الايصال اسم موظف مستلم الرسوم