طلب ترخيص منشأة صحية داخل مستشفى

حدد بعلامة (X) نوع االمنشأة الصحية في المربع المناسب:

نوع المنشأة الصحية: ☐ مختبر طبي عام أو متخصص ☐ مركز علاج فيزيائي ☐ مؤسّسة أشعة
☐ مركز أطراف إصطناعية ☐ مركز نقل دم

خاص بمدير المنشأة الصحية

الإسم: _____ **إسم الأب:** _____ **الشهرة:** _____ **إسم الأم:** _____

الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى رقم السجل: _____

الجنسية: _____ الحالية _____ أخرى

محل الولادة (حسب بطاقة الهوية)

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

تاريخ الولادة: __ / __ / ____

عنوان السكن الحالي

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

الشارع : _____ ملك : _____ الطابق : _____

هاتف : ____ / __ البريد الإلكتروني : _____

عنوان مكان العمل

إسم المؤسسة : _____

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

الشارع : _____ ملك : _____ الطابق : _____

هاتف : ____ / __ البريد الإلكتروني : _____

الشهادات

نوع الشهادة: _____ مصدر الشهادة (البلد) : _____

شهادة الإختصاص: _____ مصدر شهادة الإختصاص : _____

رقم إجازة ممارسة المهنة: _____ التاريخ: __ / __ / ____

رقم إجازة حمل لقب الإختصاص: _____ التاريخ: __ / __ / ____

رقم إفادة الإنتساب إلى النقابة: _____ التاريخ: __ / __ / ____

<u>خاص بالجهة أو الجمعية</u>

إسم الجهة / الجمعية: _____

رقم العلم والخبر: _____ التاريخ: __ / __ / ____

رقم إفادة وزارة الداخلية: _____ التاريخ: __ / __ / ____

رقم مرسوم المنفعة العامة: _____ التاريخ: __ / __ / ____
(في حال وجوده)

العنوان

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

الشارع : _____ ملك : _____ الطابق : _____

هاتف : _____ / __ البريد الإلكتروني : _____

خاص بالمختبر الطبي

رقم التعهد بالتفرغ: _____ التاريخ: __ / __ / ____

رقم الترخيص بإدارة مختبر طبي: _____ التاريخ: __ / __ / ____

المساحة: _____ م٢

الملكية أو سند الإيجار المصدق

رقم العقار / المنطقة: _____ / _____ إسم المالك: _____ ملكية الأسهم: _____

في حال وجود عقد إيجار:

المستأجر: _____

مصدر تصديق عقد الإيجار: ☐ بلدية ☐ كاتب عدل تاريخ التصديق: __ __ / __ __ / __ __ __ __

معلومات تتعلق بالمستشفى:

إسم المستشفى: _____

رقم قرار إنشاء المستشفى : _____ التاريخ: __ / __ / __ __ __ __

رقم قرار إستثمار المستشفى : _____ التاريخ: __ / __ / __ __ __ __

للمستشفيات الحكومية

رقم مرسوم إنشاء المؤسسة العامة: _____ التاريخ: __ / __ / __ __ __ __

لائحة بالعناصر البشرية (لائحة ترفق ربطاً مع نسخ عن إجازات ممارسة المهنة)			
الإسم	**الصفة**	**رقم الإجازة**	**التاريخ**

لائحة بالتجهيزات والمعدات الطبية (لائحة ترفق ربطاً)	
النوع	**العدد**

أنا الموقع أدناه، أفيد بأن هذه المعلومات صحيحة وأتحمّل كامل المسؤولية وفقاً للقوانين المرعية الإجراء.

التاريخ: ــ ــ /ــ ــ / ــ ــ ــ ــ **توقيع صاحب الطلب**

المستندات المطلوبة:

	مختبر طبي	مركز علاج فيزيائي	مؤسّسة أشعة	مركز نقل دم	مركز أطراف إصطناعية
* اخراج قيد إفرادي أو صورة عن الهوية	x	x	x	x	x
* سجل عدلي لا يعود تاريخه لأكثر من ثلاثة أشهر	x	x	x	x	x
* تعهد بالتفرغ مصدّق عند كاتب العدل	x				
* إفادة النقابة تعود لعام تقديم الطلب	x	x	x	x	
* صورة عن إجازة ممارسة المهنة	x	x	x	x	x
* صورة عن إجازة الإختصاص	x	x	x	x	
* صورة عن إجازة طب العام	x		x		
* صورة عن شهادة الإختصاص	x	x	x	x	x
* صورة عن الترخيص بادارة مختبر طبي	x			x	
* صورة عن الترخيص بادارة مصرف دم				x	
صورة عن مرسوم إنشاء المؤسسة العامة (مستشفى حكومي)	x	x	x	x	x
صورة مصدّقة عن الترخيص بإستثمار	x	x	x	x	x
لائحة بالتجهيزات الفنية موقّعة من الإدارة	x	x	x	x	x
لائحة بالعناصر البشرية مع صورة عن إجازة المهنة خاصتهم موقعة من الإدارة	x	x	x	x	x
خريطة بموقع المركز موقعة من المهندس	x	x	x	x	x

ملاحظات:

- بالنسبة لحاملي بكالوريا– قسم ثاني من خارج لبنان، يطلب نسخة من البكالوريا نفسها مع افادة بالمعادلة .
- بالنسبة لحاملي شهادة من خارج لبنان، يطلب افادة بأن هذه الشهادة هي طبق الأصل للشهادة الّتي تعطى لأبناء البلاد نفسها، وأن تكون مثلها مقبولة للعمل قي تلك البلاد .
- بالنسبة لحاملي شهادة صادرة عن معهد او كلّية خارج لبنان، يطلب معادلة للشهادة صادرة عن وزارة التربية والتعليم العالي.
- في حال كانت الشهادة صادرة عن معهد او جامعة غير رسميين في لبنان او من الخارج، يطلب افادة نجاح في امتحانات الكولوكيوم.

*خاص بالمدير المسؤول