



step 3

إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية
Pharmacy and drug control department

قسم التفتيش والمخدرات
Inspection & Narcotics unit

طلب تسجيل التقييم النهائي
Application for Registration for Final Assessment

Healthcare Facility Details

بيانات المنشأة الصحية

Healthcare Facility Name: اسم المنشأة الصحية:

Electricity Number: رقم الكهرباء:

Authorized Person

المخول بالتوقيع

Full Name: الاسم بالكامل:

QID Number: رقم البطاقة الشخصية القطرية:

Mobile Number: رقم الهاتف المحمول:

Focal Point (Healthcare Facility Representative)

ضابط الاتصال (ممثل المنشأة الصحية)

Full Name: الاسم الكامل:

QID Number: الرقم الشخصي القطري:

Job Title: المسمى الوظيفي:

E-mail: البريد الإلكتروني:

Mobile Number: الهاتف المحمول:

Landline Number: الهاتف الأرضي:

Company Details (if Applicable)

بيانات الشركة (إن وجدت)

Is the list of Medical Services mentioned in
the registration the same?

هل الخدمات الطبية المقدمة من المنشأة هي
نفسها المذكورة في إستمارة التسجيل؟

Yes / نعم

No / لا

Requirements

المتطلبات

- Security camera Approval. موافقة إدارة النظم الأمنية الخاصة باستخدام الكاميرات
- Copy of Practioner license copies (Temporary License). وأجهزة المراقبة الأمنية
- Appointment of medical Director/Administrative Director. نسخة من تراخيص الكادر الطبي (رخصة مؤقتة)
- Copy of Commercial registration or Busniess License. تحديد المدير الطبي / والمدير الإداري
- Copy of MME License & facility registration. نسخة من السجل التجاري والرخصة التجارية
- Patient Bill of rights and responsibilities stamped by QCHP. نسخة من (رخصة البلدية+ قيد المنشأة)
- Undertaking of restricting the «blacklisted/banned» from practicing in any health profession. حقوق المرضى معتمدة من المجلس القطري للتخصصات الصحية
- Copy of Radiation Certificate (in case of using Radiation Equipments). تعهد حظر العمل / القائمة السوداء في الوظائف الإدارية
- Copy of Patient file template نسخة نموذج ملف المرضى
- Copy of Civil defense approval نسخة من موافقة الدفاع المدني
- Copy of Waste management Contract نسخة من عقد النفايات
- Copy of Price list based on the Approved MOPH Medical Services نسخة من قائمة الأسعار بناء على الخدمات الطبية المقدمة من المنشأة
- Copy of the patient registration file نسخة من ملف تسجيل المرضى
- List of services provided قائمة بالخدمات المقدمة

Declaration

تعهد

I am the Authorized Person Mr./Mrs.: أنا السيد / السيدة:
 affirm that the above information given is true and المخول بالتوقيع، أقر بصحة البيانات الواردة أعلاه،
 I am solely responsible for its accuracy. و أنا المسؤول الوحيد على صحتها.

Signature: التوقيع:

Date: التاريخ:

For Official Use

للاستخدام الرسمي

Received by (Counter): تم الاستلام من قبل (شباك):

Date: التاريخ:

License Registration Specialist: أخصائي تسجيل الترخيص:

Signature : التوقيع :

Date : التاريخ :