



step 1.A

إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية
Pharmacy and drug control department

قسم التفتيش والمخدرات
Inspection & Narcotics unit

Application for Registration for an Existing Building
طلب تسجيل لمبنى قائم

Healthcare Facility details

بيانات المنشأة الصحية

Healthcare Facility Name: اسم المنشأة الصحية :
Healthcare Facility Owner Name: اسم مالك المنشأة الصحية :
Owner QID Number: الرقم الشخصي القطري لمالك المنشأة الصحية :
Owner Mobile Number: الهاتف المحمول لمالك المنشأة الصحية :
Facility Type (QCON classification) : نوع المنشأة الصحية :
Facility Address : عنوان المنشأة :
PIN NO : رقم التعريف :
Square Meters (Built Up Area): المساحة المبنية (أمتار مربعة):
Square Meters (land) : مساحة الأرض (أمتار مربعة):
Estimated Start Date : التاريخ المتوقع لبدء العمل :
Estimated Completion Date : التاريخ المتوقع للإنتهاء من العمل :
Capital of Investment : رأسمال الإستثمار :
Street Name : اسم الشارع : Street Number : رقم الشارع :
Zone Number : رقم المنطقة : Building Number : رقم المبنى :
City : المدينة : Municipality : البلدية :
Google Map : خارطة قوقل :

Authorized Person

المخول بالتوقيع

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 :

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)

Company Name:..... اسم الشركة:

Trade Name:..... الاسم التجاري:

Owner QID Number:..... الرقم الشخصي القطري للمالك:

Commercial Activity Type:..... نوع النشاط التجاري:

Company E-mail:..... البريد الإلكتروني للشركة:

Business Address:..... عنوان العمل:

Healthcare Facility type

نوع المنشأة الصحية

Clinic	<input type="checkbox"/>	عيادة طبية
Healthcare Center	<input type="checkbox"/>	مركز صحي
Health and Wellness center	<input type="checkbox"/>	مركز الصحة والمعافاة
Diagnostic and treatment Center	<input type="checkbox"/>	مركز تشخيصي وعلاجي
General Hospital	<input type="checkbox"/>	مستشفى عام
Specialized Hospital	<input type="checkbox"/>	مستشفى تخصصي
Diagnostic Center	<input type="checkbox"/>	مركز تشخيصي
Long-term Care Facility	<input type="checkbox"/>	منشأة الرعاية الصحية طويلة الأمد
Pharmacy :	<input type="checkbox"/>	صيدلية :
1-Commercial pharmacy (Not with health facility)	<input type="checkbox"/>	١-صيدلية تجارية (غير متصلة بمنشأة صحية)
2-Government pharmacy (With Government health facility)	<input type="checkbox"/>	٢-صيدلية حكومية (متصلة بمنشأة صحية حكومية)
3- Private pharmacy (With private health facility)	<input type="checkbox"/>	٣- صيدلية خاصة (متصلة بمنشأة صحية خاصة)
4- Drug store (Medical store)	<input type="checkbox"/>	٤- مخزن أدوية (مخزن طبي)
5- Drug Manufacture (Medical Factory)	<input type="checkbox"/>	٥- مصنع أدوية (مصنع طبي)

***NOTE:** Please check the Healthcare Facility Classification at template (6) in the additional lists

تنويه: الرجاء الاطلاع على أنواع تصنيف المنشأة الصحية في نموذج رقم (٦) الموجود في القوائم الملحقه

Scopes/Services to be requested

الخدمات الطبية المطلوبة

الفئة العمومية

Declaration

تعهد

Service Name	Number of clinics	Number of Beds (If Applicable)	Adult	بالغ	Pediatric	طفل
I am the Authorized Person Mr./Mrs:						
I affirm that the above information given is true and I am solely responsible for its accuracy <input type="checkbox"/>						
..... أنا السيد/ة: <input type="checkbox"/>						
المخول بالتوقيع، أقر بصحة البيانات الواردة أعلاه، وأنا المسؤول الوحيد لنقلها <input type="checkbox"/>						
Signature: التوقيع: <input type="checkbox"/>						
Date: التاريخ: <input type="checkbox"/>						

For Official Use

للإستخدام الرسمي

7

التاريخ:

تم الاستلام من قبل (شباك): ***NOTE:** In case you need to add extra field, please use the template (1) in the additional lists

Received by (Counter):

Date:

Building type

نوع المبنى

Independent residential villa	<input type="checkbox"/>	فيلا سكنية مستقلة
Residential villas complex (tow villas and more)	<input type="checkbox"/>	مجمع فيلات سكنية (فلتين أو أكثر)
Mixed use building	<input type="checkbox"/>	مبنى ذو استخدام مشترك

Required Documents

الوثائق المطلوبة

Copy of Owner QID	<input type="checkbox"/>	صورة من بطاقة المالك الشخصية القطرية
Copy of Commercial License	<input type="checkbox"/>	صورة من الرخصة التجارية
List of Medical Services Provided (word file)	<input type="checkbox"/>	قائمة بالخدمات الطبية المقدمة (ملف وورد)
Copy of Land deed	<input type="checkbox"/>	صورة من ملكية الأرض
Copy of land Lease (if applicable)	<input type="checkbox"/>	صورة من عقد إيجار الأرض (إن وجد)
Copy of land Contract or Bill of Sale	<input type="checkbox"/>	صورة من عقد الأرض او عقد البيع
Copy of MME Land Use Approval	<input type="checkbox"/>	صورة من موافقة البلدية لإستخدام الأرض

Declaration

تعهد

I am the Facility focal Point Mr./Mrs:

I affirm that the above information given is true and I am solely responsible for its accuracy

..... أنا السيد/ة:

ضابط إتصال المنشأة الصحية، أقر بصحة البيانات الواردة أعلاه، وأنا المسؤول الوحيد لنقلها

Signature: التوقيع:

Date: التاريخ:

For Official Use

للإستخدام الرسمي

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

Date: التاريخ:

License Registration Specialist: أخصائي تسجيل الترخيص:

Signature : التوقيع :

Date : التاريخ :