

رقم المعاملة:.....

تاريخ المعاملة:.....



الجمهورية العربية السورية  
وزارة الصحة  
مديرية مراكز خدمة المواطن  
مركز خدمة المواطن التخصصي الأول

### استمارة تسجيل مجموعة مستلزمات الجراحة العصبية

رقم تسجيل الشركة الأجنبية :

بلد المنشأ:

اسم الشركة المحلية (تاجر/شركة):

اسم الشركة الأجنبية المالكة:

مقر الشركة الأجنبية:

توصيف المنتج:

مجال استخدامه:

اسم موظف المكتب الأمامي

التوقيع :

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب

التوقيع بصحة المعلومات والمرفات والختم

رقم الهاتف:

رقم الجوال:

رقم الفاكس:

العنوان: وزارة الصحة – مجمع الميسات - مديرية مراكز خدمة المواطن- مركز خدمة المواطن التخصصي الأول

E-mail: SC.dir@moh.gov.sy

Tel: 0112742912 / 0112748082

رقم المعاملة:.....

تاريخ المعاملة:.....



الجمهورية العربية السورية  
وزارة الصحة  
مديرية مراكز خدمة المواطن  
مركز خدمة المواطن التخصصي الأول

الوثائق الخاصة بالشركة الأجنبية أو ما يعادلها في بلد المنشأ

( شهادة البيع الحر - شهادة الجودة )

اسم المنتج	توصيفه	رقم شهادة CE الجهة المصدرة	تاريخ الانتهاء	شهادة البيع الحر الجهة المصدرة	تاريخ الانتهاء	نوع التقرير	الجهة المصدرة	تاريخه

اسم موظف المكتب الأمامي  
التوقيع :

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب  
التوقيع بصحة المعلومات والمرفات والختم  
رقم الهاتف:  
رقم الجوال:  
رقم الفاكس:

العنوان: وزارة الصحة - مجمع الميسات - مديرية مراكز خدمة المواطن - مركز خدمة المواطن التخصصي الأول  
E-mail: SC.dir@moh.gov.sy Tel: 0112742912 / 0112748082