

معاملة ترخيص مركز طب أسنان (خاص)

❖ الأوراق المطلوبة من المواطن:

من المالك:

١. كلاسور /٤/ سم.
٢. طلب استدعاء من المالك وطبيب الأسنان يقدم إلى مديرية الصحة المعنية.
٣. وثيقة تثبت ملكية العقار أو عقد شراكة أصولي أو استثمار أو ما في حكمهم (إعارة - انتفاع.....).
٤. نسختان عن المخطط المعماري مفصل للموقع العام مع اتجاه الشمال مصدق من المكتب الهندسي يشمل جميع التقسيمات الوظيفية بدقة مع أبعادها واتجاه الشمال.
٥. طلب يبين التخصصات المطلوب ترخيصها مع تقرير الوصف الفني لنظام العمل فيه وتصنيفه.
٦. إشعارات الإيصالات المالية المترتبة على المركز.
٧. موافقة هيئة الطاقة الذرية في حال وجود جهاز أشعة بانورامي في المركز.
٨. النظام الداخلي متضمناً الهيكل التنظيمي للمركز.
٩. رأي مديرية الصحة المعنية بالموافقة على إقامة المركز

من المدير الفني:

١. تصريح خطي مفصل من المدير الفني للمركز يبين الإجراءات العلاجية التي يقدمها المركز
٢. وثيقة نقابية حديثة للمدير الفني لنفس العام التي سدد فيه الطبيب رسومه النقابية السنوية
٣. وثيقة نقابية حديثة لكل أطباء المركز لنفس العام التي سدد فيه الطبيب رسومه النقابية السنوية
٤. صورة مصدقة عن العقود الموثقة بالجهات المالية والعمالية لأطباء المركز وكادره التمريضي والإداري.
٥. عقد إدارة فنية بين المدير الفني والمالك مصدق أصولاً.
٦. وثيقة غير عامل.
٧. صور الهوية للمدير الفني
٨. استمارة طلب فتح مركز سني.
٩. تعهد للمدير الفني.
١٠. وثيقة غير محكوم للمدير الفني.
١١. (ترخيص دائم + شهادة البورد السوري) للمدير الفني
١٢. (ترخيص دائم + شهادة البورد السوري) للأطباء العاملين في المركز وترخيص دائم الفنيين والمرضين.
١٣. ضبط كشف على المركز/مديرية الرعاية الصحية الأولية /



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

إلى مديرية مراكز خدمة المواطن
استمارة طلب ترخيص مركز طب أسنان (خاص)

مقدم الطلب:

اسم الأم		اسم الأب		النسبة		مقدم الطلب	
الرقم الوطني		الجنسية لغير السوري		قيد النفوس	تاريخ الولادة	مكان الولادة	
الجوال		الهاتف الأرضي				البريد الإلكتروني	
أرجو الموافقة على منحي ترخيص فتح مركز طبي باسم _____ في العفار الكائن رقم _____ الكائن في _____ . علماً أنه سيتم تسمية الدكتور _____ مدير فني للمركز وهو ضمن اختصاصات المركز وقد تم إرفاق عقود الأطباء ضمن إضبارة الترخيص.							

اسم موظف المكتب الأمامي:

التوقيع:

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:

التوقيع بصحة المعلومات والمرفقات

دمشق في / /

الأوراق المطلوبة:

Ok	الأوراق المطلوبة- المدير الفني	ok	الأوراق المطلوبة-المالك
	(١) الهوية الشخصية للمدير الفني		(١) كلاسور /٤/ سم.
	(٢) تصريح خطي مفصل من المدير الفني للمركز		(٢) طلب استدعاء من المالك وطبيب الأسنان
	(٣) وثيقة نقابية حديثة للمدير الفني		لمديرية الصحة المعنية
	(٤) وثيقة نقابية حديثة لكل أطباء المركز لنفس العام		(٣) نسختان عن المخطط المعماري مفصل
	(٥) صورة مصدقة عن العقود الموثقة بالجهات المالية والعمالية لأطباء المركز وكادره التمريضي والإداري		(٤) طلب يبين التخصصات المطلوب ترخيصها مع تقرير الوصف الفني لنظام العمل فيه وتصنيفه.
	(٦) عقد إدارة فنية بين المدير الفني والمالك مصدق أصولاً		(٥) إشعارات الإيصالات المالية المترتبة على المركز
	(٧) وثيقة غير عامل		(٦) النظام الداخلي متضمناً الهيكل التنظيمي للمركز
	(٨) تعهد للمدير الفني		(٧) موافقة هيئة الطاقة الذرية في حال وجود جهاز أشعة بانورامي
	(١٠) وثيقة غير محكوم للمدير الفني		(٨) رأي مديريةية الصحة المعنية بالموافقة على إقامة المركز
	(١١) استمارة طلب فتح مركز سني.		(٩) وثيقة تثبت ملكية العقار أو عقد شراكة أصولي أو استثمار
	(١٢) (ترخيص دائم+البورد السوري) للأطباء العاملين في المركز وترخيص دائم والفنيين والمرضيين .		
	(١٣) ضبط كشف على المركز		
	(١٤) (ترخيص دائم + شهادة البورد السوري) للمدير الفني		

اسم موظف المكتب الأمامي:

التوقيع:

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:

التوقيع بصحة المعلومات والمرفقات

دمشق في / / م



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة

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

مديرية مراكز خدمة المواطن

الرقم:.....

التاريخ:.....

إلى مديرية صحة.....

نرفق ربطاً معاملة ترخيص.....والعائد.....

يرجى موافقتنا بضبط الكشف والإعادة.

شاكرين تعاونكم

مدير مديرية مراكز خدمة المواطن

أ. أشعث القبة

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

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

Tel 0112742912/0112748082

❖ الملاحظات:

- في حال تقديم الطلبات في المحافظات يتم إرسال الطلبات والوثائق عبر مكتب الارتباط إلى مركز خدمة المواطن لإنجاز المعاملة
- في حال وجود نقص في الأوراق أو أي استفسار من المكتب الخلفي في المديرية المعنية يتم مخاطبة المواطن عبر قسم الاتصالات في مركز الخدمة
- تضاف رسوم التصديق إلى رسوم المعاملة إن وجدت
- المركز الطبي قد يكون خيري - خاص - شامل (يحوي اختصاص سنية) أو مركز سني تخصصي فقط

❖ القرارات الناعمة:

- القرار التنظيمي رقم ٢١/ت لعام ٢٠١١.
- المرسوم التشريعي رقم ٤٤/ لعام ٢٠٠٥.
- المرسوم التشريعي رقم ٩/ لعام ٢٠١٧.