



step 1.A

## Healthcare Facilities Licensing and Accreditation Department إدارة ترخيص واعتماد منشآت الرعاية الصحية

### Licensing Section قسم الترخيص

#### 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 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 :

• NOTE: All details in the form should be electronically filled

• تنويه: الرجاء تعبئة جميع بيانات الإستمارة إلكترونياً

## 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

SN. تسلسل	إسم الخدمة Service Name	عدد العيادات Number of clinics	عدد الأسرة (إن وجد) Number of Beds (If Applicable)	الفئة العمرية Age group	
				بالغ Adult	طفل Pediatric
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**\*NOTE:** In case you need to add extra field, please use the template (1) in the additional lists

**تنويه:** في حال الحاجة إلى حقول إضافية يرجى استخدام نموذج رقم (1) الموجود في القوائم الملحقه

## 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: .....

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: .....

Date: .....

## For Official Use

## للإستخدام الرسمي

Received by (Counter): .....

Date: .....

License Registration Specialist: .....

Signature : .....

Date : .....