



step 1.B

إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية
Pharmacy and drug control department

قسم التفتيش والمخدرات
Inspection & Narcotics unit

Application for Registration for Green Land

طلب تسجيل لأرض فضاء

Healthcare Facility details

بيانات المنشأة الصحية

Healthcare Facility Name: اسم المنشأة الصحية:
Facility Type (QCON Classification): نوع المنشأة الصحية:
Facility Address: عنوان المنشأة:
PIN NO: رقم التعريف:
Estimated Start Date: التاريخ المتوقع لبدء العمل:
Estimated Completion Date: التاريخ المتوقع للإنتهاء من العمل:
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:

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:

Land Details

بيانات الأرض

Status of Land Acquisition:

حالة الأرض التي تم حيازتها:

Purchased	<input type="checkbox"/>	تم شراؤها
Leased	<input type="checkbox"/>	مؤجرة
Under Restriction	<input type="checkbox"/>	تحت القيود
Under Governmental leased Contract	<input type="checkbox"/>	أرض حكومية مؤجرة بموجب عقد
If Others, Specify	<input type="checkbox"/>	اخرى، يرجى التحديد

Capital of Investment: رأس مال الإستثمار:
Land square meters: مساحة الارض بالمتر مربع:
Square meters of Buildup area: المساحة المخصصة للبناء:

Land Address

عنوان الأرض

Street Name: اسم الشارع:
Street number: رقم الشارع:
City (Area): المدينة (المنطقة):
Zone Number: رقم المنطقة:
Municipality: البلدية:
Google Map Link: رابط موقع الأرض على خرائط جوجل:

Land Use/MME Approval

استخدام الأرض / موافقة وزارة البلدية

Is the land appropriately zoned to permit its use for the purpose stated within the application and according to MME land use?

لا نعم

NO YES

هل الأرض التي تم تخصيصها مناسبة للإستخدام بالعرض المنصوص عليه في موافقة وزارة البلدية والتخطيط العمراني والبيئة

- If YES please attache MME land use approval:
- If NO Describe what steps have been taken to obtain the correct land use :

- إذا نعم الرجاء إرفاق موافقة وزارة البلدية والبيئة على استخدام الأرض
- إذا لا اشرح الخطوات التي اتخذت للحصول على الأرض:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Healthcare Facility Classification

تصنيف 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)		1- صيدلية تجارية (غير متصلة بمنشأة صحية)
2-Government pharmacy (With Government health facility)		2- صيدلية حكومية (متصلة بمنشأة صحية حكومية)
3- Private pharmacy (With private health facility)		3- صيدلية خاصة (متصلة بمنشأة صحية خاصة)
4- Drug stores		4- مخازن أدوية
5- Drug Manufacture		5- مصانع أدوية

***NOTE:** Please check the Appendix for Healthcare Facility Classification in the template (6) in the additional lists
تنويه: الرجاء الإطلاع على الملحق الخاص بأنواع تصنيفات المنشأة الصحية في نموذج رقم (٦) الموجود في القوائم الملحقة

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"/>

***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 (١) الموجود في القوائم الملحقة

Required Documents

الوثائق المطلوبة

- Copy of Owner QID
- Copy of Commercial License
- List of Medical Services Provided (word file)
- Copy of Land deed
- Copy of land Lease (if applicable)
- Copy of land Contract or Bill of Sale
- Copy of MME Land Use Approval

- صورة من البطاقة الشخصية القطرية للمالك
- صورة من الرخصة التجارية
- قائمة بالخدمات الطبية المقدمة (ملف وورد)
- صورة من ملكية الأرض
- صورة من عقد إيجار الأرض (إن وجد)
- صورة من عقد الأرض او عقد البيع
- صورة من موافقة البلدية لاستخدام الأرض

Declaration

تجهد

I affirm that the information given by me in this form and the enclosures are true and I am solely responsible for its accuracy.

أؤكد أنا الموقع أدناه أن المعلومات التي قدمتها بهذا النموذج ومرفقاته هي صحيحة وأنا المسئول الوحيد عن دقتها.

Name (Authorized Person): اسم (الشخص المخول):

Date: التاريخ:

Signature: التوقيع:

For Official Use

للإستخدام الرسمي

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

Date: التاريخ:

License Registration Specialist: أخصائي تسجيل الترخيص:

Date : التاريخ : Signature : التوقيع :

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

• تنويه: الرجاء تعبئة جميع بيانات الإستمارة إلكترونياً