



إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية  
Pharmacy and drug control department

قسم التفيتيش والمخدرات  
Inspection & Narcotics unit

طلب إغلاق نهائي للمنشأة الصحية  
Application for Healthcare Facility Decommissioning

Healthcare Facility Details

تفاصيل المنشأة الصحية

Healthcare Facility Name: ..... اسم المنشأة الصحية:  
Healthcare Facility Licensing Number: ..... رقم ترخيص المنشأة الصحية:  
Reason for Healthcare Facility decommissioning: ..... أسباب إغلاق المنشأة الصحية:  
• Transfer location  • تغيير مكان  
• Change facility type / Classification  • تغيير نوع / تصنيف  
• Perminant closing  • إغلاق نهائي

Focal Point (Healthcare Facility Representative)

ضابط الاتصال (ممثل المنشأة الصحية)

Full Name: ..... الاسم الكامل:  
QID Number: ..... الرقم الشخصي القطري:  
E-mail: ..... البريد الإلكتروني: Job Title: ..... المسمى الوظيفي:  
Landline Number: ..... الهاتف الأرضي: Mobile Number: ..... الهاتف المحمول:

Required Attachments (Please Check box) (يرجى وضع علامة × على الصندوق)

Qatar ID (Owner)	<input type="checkbox"/>	البطاقة الشخصية القطرية (المالك)
NOC from Security Systems	<input type="checkbox"/>	خطاب عدم الممانعة من النظم الأمنية
NOC from the Bank	<input type="checkbox"/>	خطاب عدم الممانعة من البنك
NOC from Ministry of economy & commerce	<input type="checkbox"/>	خطاب عدم ممانعة من وزارة الإقتصاد والتجارة
NOC from Civil Defense	<input type="checkbox"/>	خطاب عدم الممانعة من الدفاع المدني
NOC from QCHP	<input type="checkbox"/>	خطاب عدم الممانعة المجلس القطري للتخصصات الصحية
Written commitment to transfer patient files and declare all pending financial issues	<input type="checkbox"/>	تعهد كتابي بتحويل ملفات المرضى وإستيفاء كافة المعاملات المالية المعقدة
Submit offical stamp of practitnor	<input type="checkbox"/>	تسليم الختم الأصلي للأطباء
Submit Facility Offical Stamp	<input type="checkbox"/>	تسليم الختم الأصلي للمنشأة

Declaration

تعهد

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) as per facility card: ..... اسم (المخول بالتوقيع في قيد المنشأة):

Date: ..... التاريخ:

Signature with Stamp: ..... الختم والتوقيع:

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: