



step 2

إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية
Pharmacy and drug control department

قسم التفيتش والمخدرات
Inspection & Narcotics unit

طلب تسجيل تقييم مبدئي
Application for Initial Assessment Registration

Healthcare Facility details

بيانات المنشأة الصحية

Healthcare Facility Name: اسم المنشأة الصحية:
Healthcare Facility Classification: تصنيف المنشأة الصحية:
Street Name : اسم الشارع:
Street number: رقم الشارع:
City (Area Name): المدينة (اسم المنطقة):
Zone Number: رقم المنطقة:
Municipality: البلدية:
Google Map Link: رابط المنشأة على خرائط جوجل:

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:

Required Documents

الوثائق المطلوبة

- Owners Original Police Clearance Certificate نسخة أصلية من شهادة حسن السيرة والسلوك للمالك
- Copy of MOPH Preliminary Approval on Healthcare activity نسخة من الموافقة المبدئية على مواصلة النشاط

Declaration

تعهد

I am the Authorized Person Mr./Mrs:
affirm that the above information given is true and I am solely responsible for its accuracy

..... أنا السيد/السيدة:
المخول بالتوقيع، أقر بصحة البيانات الواردة أعلاه، وأنا المسؤول الوحيد لنقلها

Date : التاريخ :

Signature :

For Official Use

للإستخدام الرسمي

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

Date: التاريخ:

License Registration Specialist : أخصائي تسجيل الترخيص:

Date : التاريخ :

Signature :

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

• تنويه: الرجاء تعبئة جميع بيانات الإستمارة إلكترونياً