



Temp.A-VCS-04-v1.0	رمز النموذج	الإدارة: الإدارة العامة للخدمات البيطرية وصحة الحيوان الدائرة: دائرة الخدمات البيطرية الحقلية
VCS-07-v1.0	تابع لإجراء عمل معياري رقم:	
ترخيص العيادات والصيدليات ومستودعات الأدوية البيطرية	تابع لإجراء عمل معياري اسم:	

طلب ترخيص مستودع/صيدلية أدوية بيطرية أو عيادة بيطرية

G01	تاريخ تقديم الطلب: □□□□□□□□	G02	مديرية الزراعة/ دائرة البيطرية: _____
G03	رقم الملف في المحافظة: □□□□□□□□	G04	رمز المديرية: □□
G05	نوع الطلب: <input type="checkbox"/> طلب جديد <input type="checkbox"/> تجديد ترخيص <input type="checkbox"/> طلب توسيع <input type="checkbox"/> طلب نقل المحل		
G06	نوع المنشأة: <input type="checkbox"/> مستودع <input type="checkbox"/> صيدلية <input type="checkbox"/> عيادة بيطرية		

القسم الأول: تفاصيل عن صاحب المنشأة/الصيدلية المراد ترخيصها			
#	الاسم الرياعي	رقم الهوية	العنوان والهاتف
W01			
W02			
W03			
W04			

القسم الثاني: تفاصيل عن المنشأة المراد ترخيصها			
N01	اسم المنشأة المقترح:	N02	طبيعة المحل: <input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> بالإيجار
N03	اسم الطبيب المسؤول عن المنشأة:	N04	رقم مزاوله المهنة:
N04	العنوان الدائم: الشارع: الحي البلدة:	N05	أقرب منشأة بيطرية مجاورة وماهيتها: _____
N06	العنوان بالتفصيل (بالقرب من):		
N07	الهاتف: □□□□□□□□	N08	المحمول: □□□□□□□□
N09	البريد الإلكتروني:	N10	رقم مشغل مرخص:

القسم الثالث: الوثائق والوثائق الواجب توفرها	
<input type="checkbox"/>	1. مخطط مساحة معتمد ورسم هندسي (غير مطلوب في حال التجديد)
<input type="checkbox"/>	2. صورة عن البطاقة الشخصية أو جواز السفر
<input type="checkbox"/>	3. صورتين شخصيات
<input type="checkbox"/>	4. سند ملكية أو عقد إيجار مصدق حسب الأصول
<input type="checkbox"/>	5. تصريح مشفوع بالقسم مصدق من المحكمة بأن مقدم الطلب هو مالك المنشأة و/أو متفرغ للعمل بها
<input type="checkbox"/>	6. شهادة عدم ممانعة من نقابة الأطباء البيطريين أو الصيادلة في حال كان صاحب الصيدلية صيدلاني مجاز
<input type="checkbox"/>	7. عقد عمل بين المشرف المسؤول وبين مالك المستودع أو الصيدلية مبرم حسب الأصول ومعتمد من نقابة الأطباء البيطريين أو نقابة الصيادلة في حال أن المشرف المسؤول صيدلاني وموثق عدليا
<input type="checkbox"/>	8. صورة عن إجازة مزاوله المهنة
<input type="checkbox"/>	9. تقرير الزيارة الأولية للمكان

القسم الرابع: التوقيع المطلوب



التوقيع	التاريخ	الاسم الرباعي
		صاحب المنشأة المطلوب ترخيصها (المالك)
		الطبيب/ الصيدلاني المسؤول
		مدير دائرة الخدمات البيطرية في المحافظة
		مدير دائرة الخدمات البيطرية الحقلية
		مدير عام للخدمات البيطرية وصحة الحيوان

تم منحه الرخصة من الوزير استنادا إلى القرار رقم (الكتاب) بتاريخ _____ بعد دفع الرسوم المقررة وقدرها _____ بموجب وصل مالي رقم _____ بتاريخ _____

الختم الخاص بالطبيب المسؤول أو الصيدلاني