

معاملة ترخيص فتح مركز طبي خيرى

❖ الأوراق المطلوبة من المواطن:

الأوراق المطلوبة من المدير الفنى:

١. وثيقة نقابية حديثة وثيقة نقابية لنفس العام التي سدد فيه الطبيب رسومه النقابية السنوية
٢. النظام الداخلي للمركز.
٣. عقد إدارة فنية بين ممثل الجمعية والمدير الفنى مصدق أصولاً.
٤. وثيقة غير عامل .
٥. استمارة طلب فتح المركز مقدم من المدير الفنى
٦. غير محكوم للمدير الفنى.
٧. ترخيص دائم للمدير الفنى
٨. شهادة البورد السوري للمدير الفنى
٩. تراخيص دائمة للأطباء والفنيين في المركز
١٠. ضبط كشف اللجنة المختصة على المركز

الأوراق المطلوبة من الجمعية:

١. موافقة وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل
٢. نسختان عن المخططات الهندسية مصدقة أصولاً من نقابة المهندسين
٣. إخراج قيد عقاري للمركز أو وثيقة تثبيت الملكية أو عقد إيجار أو عقد شراكة مصدق أصولاً أو استثمار أو ما في حكمهم /مادة ١٨ من القرار رقم ٢/ ت لعام ٢٠١٣/
٤. عقود للعاملين والأطباء
٥. وثائق نقابية حديثة للأطباء للسنة نفسها
٦. تصريح خطي مفصل من المدير الفنى للمركز يبين الإجراءات الجراحية البسيطة التي سيقوم فيها المركز
٧. طلب يبين التخصصات المطلوب ترخيصها مع تقرير الوصف الفنى لنظام العمل فيه وتصنيف المركز
٨. رأي مديرية الصحة وموافقة الوحدة الإدارية المختصة في منطقة عمل المركز
٩. موافقة هيئة الطاقة الذرية عند وجود تصوير بالأشعة في المركز



إلى مديرية مراكز خدمة المواطن

استمارة طلب ترخيص فتح مركز طبي خيرى

اسم المدير الفني	اسم الأب	
النسبة	اسم الأم	
الشهادة	الاختصاص	
الرقم	التاريخ	م / /

مكان الولادة	تاريخ الولادة	قيد النفوس	الجنسية لغير السوري	الرقم الوطني

البريد الإلكتروني	@
-------------------	---

الهاتف الأرضي	
الجوال	

الحاصل على ترخيص بمزاولة الطب في الجمهورية العربية السورية
رقم: / / تاريخ: م / /

غير موظف وأتعهد بعدم التوظيف لدى أي جهة عامة أو خاصة طالما أنني أدير هذا المركز ومسجل في نقابة الأطباء
محافظة رقم سددت الرسوم لغاية عام م / /

وأرغب بإدارة المركز الطبي التخصصي		
مكان المركز	اسم المركز	يمارس المركز الاختصاصات التالية:
		١-
		٢-
		٣-
		٤-
		٥-
		٦-
		٧-
		٨-

العاملين في المركز

الاختصاص: وهو غير موظف وليس لديه عيادة خاصة.	١. الطبيب:
	٢.
	٣.
	٤.
	٥.

أنا المدير الفني:لمركز.....
أقر وأعترف بأن جميع المعلومات الواردة في الاستمارة صحيحة وعلى مسؤوليتي الشخصية.
وأتعهد بإبلاغ مديرية مراكز خدمة المواطن بأي تبدلات تطرأ على المعلومات الواردة في الاستمارة.

اسم موظف المكتب الأمامي:
التوقيع:

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:
التوقيع بصحة المعلومات والمرفقات:

التاريخ: / / م

الأوراق المطلوبة:

Ok	الأوراق المطلوبة	ok	الأوراق المطلوبة
	٢. استمارة طلب فتح المركز مقدم من المدير الفني		١. صورة الهوية الشخصية
	٤. ترخيص دائم للمدير الفني		٣. غير محكوم للمدير الفني
	٦. تراخيص دائمة للأطباء والفنيين في المركز من مديرية السجلات عبر مكتب الارتباط		٥. شهادة اختصاص للمدير الفني من مديرية السجلات عبر مكتب الارتباط
	٨. ضبط كشف اللجنة المختصة على المركز		٧. موافقة وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل
	١٠. نسختان عن المخططات الهندسية مصدقة أصولاً من نقابة المهندسين		٩. إخراج قيد عقاري للمركز أو وثيقة تثبيت الملكية أو عقد إيجار أو عقد شراكة مصدق أصولاً أو استثمار أو ما في حكمهم /مادة ١٨ من القرار رقم ٢/ت لعام ٢٠١٣
	١٢. وثيقة غير عامل للمدير الفني		١١. وثيقة نقابية حديثة للمدير الفني
	١٤. النظام الداخلي للمركز		١٣. عقد إدارة فنية بين المدير الفني وصاحب الترخيص مصدق أصولاً
	١٦. عقود للعاملين والأطباء		١٥. وثائق نقابية حديثة للأطباء للسنة نفسها
	١٨. تصريح خطي مفصل من المدير الفني للمركز يبين الإجراءات الجراحية البسيطة التي سيقوم فيها المركز		١٧. طلب يبين التخصصات المطلوب ترخيصها مع تقرير الوصف الفني لنظام العمل فيه وتصنيف المركز
	٢٠. رأي مديرية الصحة وموافقة الوحدة الإدارية المختصة في منطقة عمل المركز		١٩. موافقة هيئة الطاقة الذرية عند وجود تصوير بالأشعة في المركز

اسم موظف المكتب الأمامي:
التوقيع:

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:
التوقيع بصحة المعلومات والمرفقات:

التاريخ: / / م



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
مديرية مراكز خدمة المواطن
مركز خدمة المواطن التخصصي الأول
رقم المعاملة:

تاريخ المعاملة:

إلى مديرية مراكز خدمة المواطن
تعهد من الطبيب المختص

تحية طبية:
أنا الموقع أدناه:

الطبيب	النسبة	اسم الأب	اسم الأم

مكان الولادة	تاريخ الولادة	قيد النفوس	الجنسية لغير السوري	الرقم الوطني

البريد الإلكتروني @

الهاتف الأرضي	الجوال

أتعهد بالتفرغ تفرغاً كاملاً طيلة فترة عملي :	
في مركز:	
محافظة:	
مكان المركز:	

وأتعهد بعدم مزاوله أي عمل آخر حالياً مع أي جهة أخرى واعتبر نفسي مسؤولاً عن مضمون هذا التعهد.

اسم موظف المكتب الأمامي:
التوقيع:

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:
التوقيع بصحة المعلومات والمرفات:

العنوان: وزارة الصحة - مجمع الميسات - مديرية مراكز خدمة المواطن - مركز خدمة المواطن التخصصي الأول
E-mail: SC.dir@moh.gov.sy Tel 0112742912/0112748082

التاريخ: م / /



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
مديرية مراكز خدمة المواطن
مركز خدمة المواطن التخصصي الأول
رقم المعاملة:

إلى مديرية مراكز خدمة المواطن
تعهد من المدير الفني

تحية طيبة:
أنا الموقع أدناه:

الطبيب	النسبة	اسم الأب	اسم الأم

مكان الولادة	تاريخ الولادة	قيد النفوس	الجنسية لغير السوري	الرقم الوطني

البريد الإلكتروني	@
-------------------	---

الهاتف الأرضي	الجوال

أتعهد بالتفرغ تفرغاً كاملاً طيلة فترة عملي :	
في مركز:	
محافظة:	
مكان المركز:	

وأتعهد بعدم مزاوله أي عمل آخر حالياً مع أي جهة أخرى واعتبر نفسي مسؤولاً عن مضمون هذا التعهد.

اسم موظف المكتب الأمامي:
التوقيع:

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:
التوقيع بصحة المعلومات والمرفقات:

التاريخ: / / م

❖ الملاحظات:

- في حال تقديم الطلبات في المحافظات يتم إرسال الطلبات والوثائق عبر مكتب الارتباط إلى مركز خدمة المواطن لإنجاز المعاملة.
- في حال وجود نقص في الأوراق أو أي استفسار من المكتب الخلفي في المديرية المعنية يتم مخاطبة المواطن عبر قسم الاتصالات في مركز الخدمة.
- تضاف رسوم التصديق إلى رسوم المعاملة.

❖ القرارات الناظمة:

- المرسوم التشريعي رقم /٥٥/ لعام ٢٠٠٧
- المرسوم التشريعي رقم /٩/ لعام ٢٠١٧
- المرسوم التشريعي رقم /٤٤/ لعام ٢٠٠٥
- القرار التنظيمي رقم /٢/ ت لعام ٢٠١٣