



محضر معاينة عيادة خاصة

اسم العيادة : _____
عنوان العيادة : _____ رقم تليفون العيادة : _____
اسم مالك مقر العيادة : _____
اسم صاحب العيادة المطلوب أن يصدر باسمه ترخيص مزاولة نشاطها : _____
رقم ترخيص مزاولة المهنة له : _____ تخصصه : _____
وصف مقر العيادة وحالتها ومطابقتها للرسم الهندسي المقدم : _____

شروط عامة :

- أ. الإضاءة والتهوية () ب. توفير المياه النقية () ج. توفير الصرف الصحي ()
د. طريقة التخلص من الفضلات مثل الأقطان وأخرى ()
هـ. توفير أجهزة إطفاء الحريق () و. توفير وسائل الإسعافات الأولية ()
توفير التجهيزات الطبية اللازمة للتخلص : _____
عدد الأسرة : _____
أسماء الأطباء المساعدين : _____
أسماء هيئة التمريض ونوعيتها وأرقام ترخيص مزاولة المهنة لها : _____
هل يشغل طبيب آخر جزء من العيادة ورقم ترخيصه ؟ : _____
الرأي في توافر الاشتراطات : _____
المهلة الأولى في حالة عدم توافر الاشتراطات حتى : ٢٠٢ / /
نتيجة المعاينة بعد المهلة الأولى : _____
المهلة الثانية في حالة عدم توافر الاشتراطات حتى : ٢٠٢ / /
الرأي النهائي في الطلب ويؤشر بذلك على الرسم : _____