

محافظة البحر الاحمر
مديرية الشئون الصحية
إدارة / قسم العلاج الحر

طلب ترخيص معمل أو مصنع أسنان

السيد الدكتور

تحية طيبة وبعد ،،،

مقدمه لسيادتكم

رقم بطاقة شخصية / عائلية

المقيم في

أرجو الموافقة على منح ترخيص معمل / مصنع أسنان وفقا للبيانات التالية :-

العنوان

اسم المالك

الطبيب المسئول

رقم ترخيص مزاوله المهنة

بتاريخ / /

تليفون (العيادة / المنزل)

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،

توقيع مقدم الطلب

()

إقرار من المدير الفني المسئول عن المعمل / المصنع

أقر أنا

بأننى الطبيب المسئول عن المعمل / المصنع

تليفون رقم

بتاريخ / /

والحاصل على ترخيص مزاوله المهنة برقم

توقيع المدير الفني

()

محافظة البحر الاحمر
مديرية الشئون الصحية
إدارة / قسم العلاج الحر

إيصال

استلمت أنا

الطلب المقدم من السيد

بشأن طلب ترخيص معمل أو مصنع أسنان مستوفيا كافة متطلبات الحصول على الخدمة (المستندات /

الرسوم) وقيد الطلب برقم

بتاريخ / /

التاريخ المحدد لإنجاز الخدمة / /

توقيع الموظف المختص

القواعد الحاكمة لإجراءات الحصول على الخدمة

وفقا لقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٤٢٤٨ لسنة ١٩٩٨ فى شأن تيسير الحصول على الخدمات الجماهيرية ومنها خدمة طلب ترخيص معمل أو مصنع أسنان بوزارة الصحة والسكان ، تلتزم الجهات الإدارية المعنية بتقديم الخدمة وفقا للوارد بهذا النموذج الصادر بتاريخ ٢٠٠٥/٤/١ .
(كثمرة للتعاون بين الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة ، ووزارة الصحة والسكان والمحافظات .)
من تحديد للمستندات والأوراق ، والمبالغ المطلوبة للحصول على الخدمة ، و التوقيتات الزمنية المحددة لإنجازها ، أو الإعلان عن رأيها فى الطلب المقدم للحصول عليها ، وأى مخالفة لذلك ترتب المسئولية وذلك على النحو التالى :

أولا : المستندات والأوراق المطلوبة :

- صورة من عقد إيجار / ملكية المنشأة .
- صورة ترخيص مزاولة المهنة .
- عدد ٣ رسم هندسي للمعمل معتمد من مهندس نقابي مستوفيا الدمغة الهندسية بقيمة جنيها واحدا على كل رسم .
- حوالة بريدية برسم المعاينة بقيمة ٤٠ جنيها (أربعون جنيها) .
- شهادة التأمينات الاجتماعية على العاملين بالمعمل أو المصنع .

ثانيا : المبالغ المقررة للحصول على الخدمة :

- ٤٠ جنيها (أربعون جنيها) رسم معاينة .
- ٢٠ جنيها (عشرون جنيها) رسم تقنيش سنويا .
- ٣ جنيه دمغات على الترخيص (ثلاث جنيهات ضريبة نوعية + عشرة قروش رسم تنمية موارد) .
- ١ جنيها واحدا دمغة على إقرار المدير الفنى بصدر النموذج .

ملحوظة : فى حالة تعدد نسخ أو صور الترخيص التى تحتفظ بها مديرية الشئون الصحية لدواعى العمل بها فلا يتحمل المتعامل معها سوى الضريبة المستحقة على نسخة أو صورة واحدة من تلك النسخ أو الصور .

ثالثا : التوقيتات المحددة لإنجاز الخدمة :

خلال خمسة عشر يوما من تاريخ تقديم الطلب مستوفيا المستندات .

فى حالة عدم الحصول على الخدمة فى التوقيت المحدد ، أو طلب مستندات أو مبالغ إضافية تحت أى مسمى يمكنك الاتصال بإحدى الجهات التالية :

المحافظة ت : ٣٥٤٦٣٣٢

وزارة الصحة والسكان (الإدارة العامة للمؤسسات العلاجية غير الحكومية) ت : ٧٩٢١٠٩١

هينه الرقابة الإدارية : المركز الرئيسى بالقاهرة: ت ٠٢/٢٩٠٢٧٢٨ .

مكتب الرقابة الإدارية بالمحافظة ت : ٣٥٤٧٥٧٠