

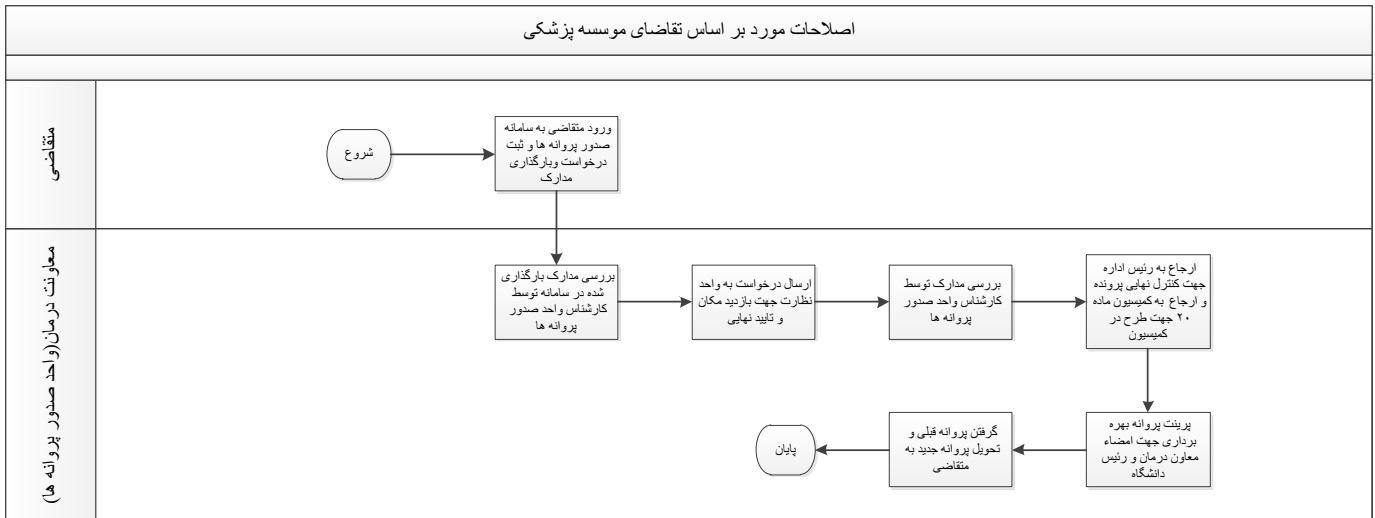
بسمه تعالی

ضمیمه ۱

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

| | | | |
|--|---|--|---|
| ۱- عنوان خدمت: اصلاحات مورد بر اساس تقاضای موسسه پزشکی | | ۲- شناسه خدمت ۱۶۰۲۱۰۱۳۱۰۳ | |
| | | (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.) | |
| ۳- ارائه دهنده خدمت | نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی استان گیلان (معاونت درمان) | | |
| | نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | | |
| ۴- مشخصات خدمت | شرح خدمت لغو و دریافت پروانه جدید در صورت تغییر آدرس، تغییر موسس موسسه، تغییر نام موسسه، تغییر مسئول فنی موسسه | | |
| | شرح خدمت | | نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G) |
| | ماهیت خدمت <input type="checkbox"/> حاکمیتی | | پزشکان و پیراپزشکان دارای پروانه |
| | سطح خدمت <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی | | تصدی گری <input checked="" type="checkbox"/> |
| | رویداد مرتبط با: <input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت | | پزشکان و پیراپزشکان دارای پروانه |
| | نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ... | | <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر |
| | مدارک لازم برای انجام خدمت قوانین و مقررات بالادستی | | <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص |
| | مدارک تحصیلی و گواهی پایان طرح، سند یا اجاره نامه موسسه، معرفی پرسنل و مدارک مربوطه، گواهی سوء پیشینه کیفری و انتظامی، پرداخت تعرفه (مدارک مورد نیاز هر فرایند در سامانه ی صدور پروانه ها موجود است) آیین نامه های مربوط به صدور و تمدید پروانه ها (آیین نامه ها در سامانه صدور پروانه ها موجود است) | | |
| | آمار تعداد خدمت گیرندگان متوسط مدت زمان ارائه خدمت: تواتر تعداد بار مراجعه حضوری | | ۳۰۰ نفر خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال |
| | ۵- جزئیات خدمت هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان | | شماره حساب (های) بانکی 2173319008000 پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/> مبالغ مربوط به هر فرایند در سامانه صدور پروانه ها موجود است مبالغ (مبالغ) ... <input type="checkbox"/> |
| آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: https://parvaneh.behdasht.gov.ir | | | |
| نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: سامانه صدور پروانه ها | | | |
| ۶- نحوه دسترسی به خدمت | | مراحل خدمت | نوع ارائه |
| در مرحله اطلاع رسانی خدمت | | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) | رسانه ارتباطی خدمت <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> پیام کوتاه |

اصلاحات مورد بر اساس تقاضای موسسه پزشکی



| | | | |
|----------------------------|----------------|-----------------------|---|
| واحد مربوط: صدور پروانه ها | پست الکترونیک: | تلفن: ۳۳۳۲۱۲۵۱-۰۱۳ | نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: خانم سعیده آزاده |
|----------------------------|----------------|-----------------------|---|