

## طلب ترخيص بفتح محل تجهيز وبيع النظارات الطبية

السيد الدكتور / .....

تحية طيبة وبعد

أرجو الموافقة على الترخيص بفتح محل لتجهيز وبيع النظارات الطبية ، وفقا للبيانات التالية :

### بيانات خاصة بطلب الترخيص :

إسم ولقب طالب الترخيص : ..... عنوان السكن: .....

جنسيته : ..... السن : .....

رقم وتاريخ مزاوله مهنة تجهيز النظارات الطبية : .....

### بيانات خاصة بالمنشأة محل الترخيص :

عنوان المحل : ..... الإسم التجارى للمحل .....

فى حالة إستقلال عملية التجهيز عن عملية البيع يوضح فيما يلى عنوان كل محل منهما على حده :

عنوان محل البيع : .....

عنوان محل التجهيز : .....

تاريخ طلب الترخيص : .....

### إقرار

أقر أنا ..... بأنى سوف أقوم بتقديم صورة البطاقة الضريبية وصورة  
السجل التجارى خلال ثلاث شهور من تاريخ حصولى على الترخيص .

### توقيع طالب الترخيص

( )

### إيصال

استلمت أنا ..... الطلب المقدم من السيد .....

بشأن ..... مستوفياً 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 تبسيط إجراءات حصول المواطنين على خدمات وزارة الصحة والسكان ومنها خدمة الترخيص بفتح محل تجهيز وبيع النظارات الطبية ، تلتزم الجهات الإدارية المعنية بتقديم الخدمة وفقا للوارد بهذا النموذج الصادر بتاريخ ٢٠٠١/٤/١٧ - كثمرة للتعاون بين وزارتي التنمية الإدارية ، والصحة والسكان - من تحديد للمستندات والأوراق ، والمبالغ المطلوبة للحصول على الخدمة ، و التوقيتات الزمنية المحددة لإنجازها ، أو الاعلان عن رأيها فى الطلب المقدم للحصول عليها ، و أى مخالفة لذلك ترتب المسؤولية وذلك على النحو التالى :

### أولا : المستندات والأوراق المطلوبة :

- رسم هندسى للمحل من ثلاث صور معتمدة من مهندس نقابى ومستوفاة الدمغة الهندسية .
- صورة من عقد إيجار / امتلاك المنشأة .
- شهادة الميلاد ( للاطلاع عليها ) .
- صحيفة الحالة الجنائية .
- صورة ترخيص مزاوله مهنة تجهيز النظارات الطبية .
- شهادة تدريب لفترة لا تقل عن سنة أشهر معتمدة لطالب الترخيص من محل مرخص له بمزاولة المهنة .
- شهادة التأمينات الاجتماعية للعاملين بالمحل .

### ثانيا : المبالغ المقررة للحصول على الخدمة :

- ٣,٥٠ جنيه ( ثلاثة جنيهات وخمسون قرشاً ) حوالة بريدية .
- جنيها واحدا دمغة على الإقرار بصدر النموذج .

### ثالثا : التوقيتات المحددة لإنجاز الخدمة :

- خلال عشرة أيام من تاريخ تقديم الطلب مستوفيا .

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: ٣٢٠٥٧١

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

هيئه الرقابة الإدارية : المركز الرئيسى بالقاهرة ت : ٠٢/٢٩٠٢٧٢٨