**نموذج وتعهد اصدار شهادة ممارسة التصنيع الجيد (GMP) لبنوك الدم**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | رقم النسخة |
| 12 سبتمبر 2018 | تاريخ النسخة |

نوع الطلب / Request Type

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ ترخيص جديد  New License | □ تحديث  Update | □ تجديد  Renew |
| رقم الترخيص  License No. |  | |
| تاريخ انتهاء الترخيص  Expiry date of Licensing |  | |

معلومات بنك الدم / Blood Bank Information

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اسم بنك الدم  Blood Bank Name |  | | |
| التصنيف  Classification | □ بنك دم مركزي □ بنك دم رئيسي □ بنك دم فرعي أ □ بنك دم فرعي ب | | |
| المنطقة  Province |  | |
| المدينة  City |  | |
| الحي  Area/ District |  | |
| الشارع  Street |  | |
| الإحداثيات  Coordinates (GPS) | شمال / North |  |
| شرق / East |  |

معلومات الاتصال / Contact Information

|  |  |
| --- | --- |
| الهاتف  Phone |  |
| فاكس  Fax |  |
| البريد الالكتروني  Email |  |
| العنوان البريدي  Mailing Address |  |

بيانات مدير بنك الدم/ Blood Bank Director Information

|  |  |
| --- | --- |
| الجوال  Mobile |  |
| المؤهلات العلمية  Educational Qualifications |  |
| الجنسية  Nationality |  |
| البريد الالكتروني  Email |  |

بيانات المالك / Owner Information

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ مؤسسة فردية  Individual Establishment | | □ شركة  Company |
| الاسم  Name |  | |
| رقم السجل التجاري  Commercial Record No |  | |

معلومات المفوض بمتابعة الطلب / delegated person to follow up

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم  Name |  |
| رقم الهوية  ID Number |  |
| تاريخ الانتهاء  Expiry Date |  |
| الجوال  Mobile |  |

تعهد المالك / Owner Commitment

1. تم تعبئة هذا النموذج بالمعلومات الصحيحة والكاملة بكامل معرفتي وإرادتي، وأن جميع الوثائق المرفقة والمختومة بختم الشركة/المؤسسة هي نسخة طبق الأصل، وإذا ظهر خلاف ذلك فإني أقر بارتكاب التزوير في الوثائق وأتحمل ما يترتب على ذلك من الجزاء النظامي.

This form has been filled by my knowledge with complete and correct information. Also, all attached documents are stamped by company's stamp and considered as an official copy. I take the extreme responsibility for any forgery or incorrect information on these documents.

1. أتعهد بتعديل معلومات المنشأة في حال طرأ تغيير عليها.

I promise to update any changes in the current information.

1. قرأت كافة الشروط واللائحة التنفيذية لنظام المؤسسات الصحية الخاصة، كما أتعهد بالالتزام بأي تنظيمات مستقبلية تقرها الهيئة العامة للغذاء والدواء.

I have read all terms and conditions of the Private Health Institutions system and I promise to follow all its content and any regulations followed. Also I promise to follow any regulation issued by SFDA in future.

التوقيع:

Signature

الاسم:

Name

التاريخ:

Date

ختم بنك الدم:

Blood Bank Stamp