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

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

نوع الطلب / Request Type

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ ترخيص جديدNew License | □ تحديث Update | □ تجديدRenew |
| رقم الترخيصLicense No. |  |
| تاريخ انتهاء الترخيصExpiry date of Licensing |  |

معلومات بنك الدم / Blood Bank Information

|  |  |
| --- | --- |
| اسم بنك الدم Blood Bank Name  |  |
| التصنيفClassification | □ بنك دم مركزي □ بنك دم رئيسي □ بنك دم فرعي أ □ بنك دم فرعي ب |
| المنطقةProvince |  |
| المدينةCity |  |
| الحيArea/ District |  |
| الشارعStreet |  |
| الإحداثياتCoordinates (GPS) | شمال / North  |  |
| شرق / East |  |

معلومات الاتصال / Contact Information

|  |  |
| --- | --- |
| الهاتفPhone |  |
| فاكسFax |  |
| البريد الالكترونيEmail |  |
| العنوان البريدي Mailing Address |  |

بيانات مدير بنك الدم/ Blood Bank Director Information

|  |  |
| --- | --- |
| الجوالMobile |  |
| المؤهلات العلميةEducational Qualifications |  |
| الجنسيةNationality |  |
| البريد الالكترونيEmail |  |

 بيانات المالك / Owner Information

|  |  |
| --- | --- |
| □ مؤسسة فرديةIndividual Establishment | □ شركة Company |
| الاسمName |  |
| رقم السجل التجاريCommercial Record No |  |

معلومات المفوض بمتابعة الطلب / delegated person to follow up

|  |  |
| --- | --- |
| الاسمName |  |
| رقم الهوية ID Number |  |
| تاريخ الانتهاءExpiry Date |  |
| الجوالMobile |  |

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