

۱- عنوان خدمت: صدور / تمدید / اصلاح / ابطال موافقت اولیه پخش دارو و مواد مصرفی دامپزشکی		۲- شناسه خدمت: ۱۳۰۲۲۵۵۳۱۵۹	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان دامپزشکی کشور		
	نام دستگاه مادر: وزارت جهاد کشاورزی		
شرح خدمت	بر اساس قانون نظارت بر تولید، پخش، عرضه و مصرف دارو و مواد بیولوژیک مورد مصرف دامپزشکی بعهده سازمان دامپزشکی کشور است.		
نوع خدمت	<input 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)	نوع مخاطبین	- پرورش دهندگان دام ، طیور، آبزیان، زنبور عسل، کرم ابریشم - مصرف کنندگان فرآورده های دامی
ماهیت خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری		
سطح خدمت	<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی		
رویداد مرتبط با:	<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input checked="" type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت		
نحوه آغاز خدمت	<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر		
	<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
مدارک لازم برای انجام خدمت	الف- مرحله اول (برای کسب موافقت اولیه) ۱) فرم تکمیل شده تقاضای ایجاد شرکت / واحد پخش سراسری پخش استانی ۲) تصویر برابر اصل کارت ملی اعضای هیئت مدیره و مدیرعامل شرکت متقاضی ۳) دو قطعه عکس پرسنلی ۳*۴ مدیرعامل شرکت متقاضی ۴) تصویر برابر اصل اساسنامه و تأییدیه ثبت شرکت ۵) گواهی عدم سوء پیشینه اعضای هیئت مدیره و مدیرعامل و مسئول فنی شرکت ۶) کارت معتبر عضویت نظام دامپزشکی ج.ا.ا. ۷) برگه خود اظهاری اعضای هیئت مدیره و مدیرعامل مبنی بر نداشتن سوء سابقه امور صنفی و حرفه ای ۸) تصویر برابر اصل اسناد مالکیت (در حالتی که شرکت متقاضی مالک مکان شرکت باشد) ۹) اجاره نامه رسمی حداقل ۳ ساله (در حالتی که شرکت متقاضی محل فعالیت را اجاره کرده باشد) ۱۰) کروکی و آدرس دقیق زمین مورد نظر (مشمول بر کد پستی) برای تأسیس شرکت پخش ۱۱) نقشه های کلی و تفکیکی پیشنهادی برای ایجاد تأسیسات اصلی و جانبی و استقرار تجهیزات شرکت پخش برابر ضوابط و مقررات و شیوه نامه پخش داروهای دامپزشکی، مواد ضد عفونی کننده، سموم و واکسن های دامپزشکی		
قوانین و مقررات بالادستی	قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰ و آیین نامه های اجرایی مرتبط		
۴- مشخصات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	۱۰۰۰۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال	
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	۱۴ روز	
	تواتر	<input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> یک بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
	تعداد بار مراجعه حضوری	-	
	۵- جزییات خدمت	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ (مبالغ) ۳۸۳۰۰۰ شامل: بازدید ۳۳۰۰۰ صدور پروانه ۳۵۰۰۰۰
۶- نحوه دسترسی به	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		
	www.cert.ivo.ir		
	www.cert.ivo.ir		
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:			

مرحله خدمت		نوع ارائه		رسانه ارتباطی خدمت	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	
در مرحله درخواست خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	
مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		بازدید و نمونه برداری	
در مرحله ارائه خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	
۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها		نام سامانه های دیگر		فیلدهای مورد تبادل	
		سامانه دارو درمان d.ivo.ir		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
۸- ارتباط خدمت با سایر		نام دستگاه دیگر		فیلدهای مورد تبادل	
		نام سامانه های دستگاه دیگر		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:		استعلام الکترونیکی		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>۱- تکمیل فرم تقاضای ایجاد شرکت/ واحد پخش سراسری پخش استانی</p> <p>۲- داشتن تابعیت ایرانی</p> <p>۳- احراز هویت شرکت متقاضی (الزاماً شخص حقوقی)</p> <p>۴- داشتن شماره عضویت در سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران (برای دامپزشکان و سایر رده‌های دامپزشکی که عضو هیئت‌مدیره یا مدیرعامل شرکت باشند)</p> <p>۵- نداشتن سوءپیشینه کیفری مؤثر (اعضای هیئت‌مدیره و مدیرعامل شرکت)</p> <p>۶- نداشتن هرگونه آرای قطعی محرومیت از اشتغال به حرفه دامپزشکی ( صادره از سوی مراجع قضایی و یا هیئت انتظامی نظام دامپزشکی ج.ا.ا.) (برای دامپزشکان و یا سایر رده‌های دامپزشکی که عضو هیئت‌مدیره یا مدیرعامل شرکت باشند)</p> <p>۷- دارا بودن اسناد مالکیتی مکان شرکت به نام شرکت متقاضی</p> <p>۸- انطباق نقشه‌های کلی و تفکیکی پیشنهادی برای ایجاد تأسیسات اصلی و جانبی و استقرار تجهیزات شرکت پخش با ضوابط و مقررات و شیوه‌نامه پخش داروهای دامپزشکی، مواد ضدعفونی‌کننده، سموم و واکسن‌های دامپزشکی در بررسی توسط کارشناس سازمان دامپزشکی کشور (اداره کل دامپزشکی استان مربوط)</p>							۹- عناوین فرایندهای خدمت
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوط:		پست الکترونیک:		تلفن:		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	
دفتر فناوری اطلاعات، ارتباطات و تحول اداری		Nosazi@ivo.ir		۰۹۳۶۴۳۳۱۰۰۹		امیرحسین شه پناهی	



