

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: ابطال پروانه تاسیس/فعالیت شرکت توزیع و پخش دارو، لوازم و تجهیزات و مواد مصرفی دامپزشکی		۲- شناسه خدمت: ۱۳۰۱۲۵۵۳۱۶۱	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان دامپزشکی کشور		
	نام دستگاه مادر: وزارت جهاد کشاورزی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت نظارت بر تولید، پخش، عرضه و مصرف دارو و مواد بیولوژیک مورد مصرف دامپزشکی		
	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 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"/> 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"/> 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 الزامات و دستورالعمل های فنی بهداشتی سازمان		
	قوانین و مقررات بالادستی قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰ و آیین نامه های اجرایی مرتبط		
	آمار تعداد خدمت گیرندگان ۱۵۰۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
	۵- جزئیات خدمت	متوسط مدت زمان ارائه خدمت: ۱ روز	
تواتر <input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه یک بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال			
تعداد بار مراجعه حضوری ۱			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک			
...			
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		
	d.ivo.ir		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: www.ivo.ir		
	مرحله خدمت		نوع ارائه
	در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر:	
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی			

		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input 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)		در مرحله درخواست خدمت	
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> 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"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	
		بازدید و نمونه برداری		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
		<input 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)		در مرحله ارائه خدمت	
مراجعه به دستگاه: <input checked="" type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر:		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
نام سامانه های دیگر		فیلدهای مورد تبادل		نام سامانه ها سایر سامانه ها	
<input type="checkbox"/> استعمال <input type="checkbox"/> استعمال الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> به خط <input type="checkbox"/> online <input type="checkbox"/> دستی (Batch)		سامانه دارو درمان d.ivo.ir	
نام دستگاه دیگر		نام سامانه های دستگاه دیگر		نام دستگاه دیگر	
نام دستگاه دیگر		فیلدهای مورد تبادل		دستگاههای دیگر	
نام دستگاه دیگر		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)		اگر استعمال غیر الکترونیکی است، استعمال توسط:	
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/> به خط <input type="checkbox"/> online <input type="checkbox"/> دستی (Batch)		<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	
۱- بازدید و نمونه برداری واحدهای تولید، پخش، عرضه و مصرف دارو و مواد بیولوژیک مورد مصرف دامپزشکی		۲- ارسال نمونه به آزمایشگاه		۳- آزمایش نمونه ها	
۴- تجزیه و تحلیل نتایج آزمایشگاهی		۵- اتخاذ تصمیم		۹- عناوین فرایندهای خدمت	
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت					
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		تلفن:		پست الکترونیک:	
واحد مربوط:					

