



شناسنامه خدمت اداره کل دامپزشکی استان قزوین

۱- عنوان خدمت : خدمات حمایتی در حوزه دامپزشکی به بهره برداران (۱۳۰۲۱۲۰۴۰۰۰)		۲- شناسه خدمت : ۱۳۰۲۱۲۰۴۱۰۶	
۷- نظارت بر واحدها و مراکز تشخیص و درمان بخش غیردولتی			
۳- ارائه خدمات	نام دستگاه اجرایی : اداره کل دامپزشکی استان قزوین		
	نام دستگاه مادر : سازمان دامپزشکی کشور		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	نظارت بر واحدها و مراکز تشخیص و درمان بخش غیردولتی		
	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	
	سطح خدمت	<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی	
	رویداد مرتبط با :	<input checked="" type="checkbox"/> تولید <input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر	
	نحوه آغاز خدمت	<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرار رسیدن زمان مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر	
	مدارک لازم برای انجام خدمت	درخواست کتبی متقاضی - نامه دارایی - فیش واریزی تمدید پروانه	
	قوانین و مقررات بالا دستی	به استناد به قوانین و دستورالعملهای سازمان دامپزشکی؛ بند د ماده ۳ قانون سازمان دامپزشکی مصوب ۱۳۵۰ و ماده ۱۲ آئین تردد به شماره ۱۴۴۹۴ مورخ ۷۳/۹/۱۳ مصوب هیئت دولت	
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	
خدمت گیرندگان در : متغیر <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال			
متوسط مدت زمان ارائه خدمت			
۱۵ روز			
تواتر			
تعداد بار مراجعه حضوری			
یک بار			
هزینه ارائه خدمت ریال			
به خدمت گیرندگان			
مبالغ			
۲۴۰۰۰۰			
شماره حساب های بانکی			
۲۱۷۳۸۳۳۳۰۲۰۰۱ نزد بانک ملی			
پرداخت به صورت الکترونیک			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن :		
	http://cert.ivo.ir		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن :		
	مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباط خدمت
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <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

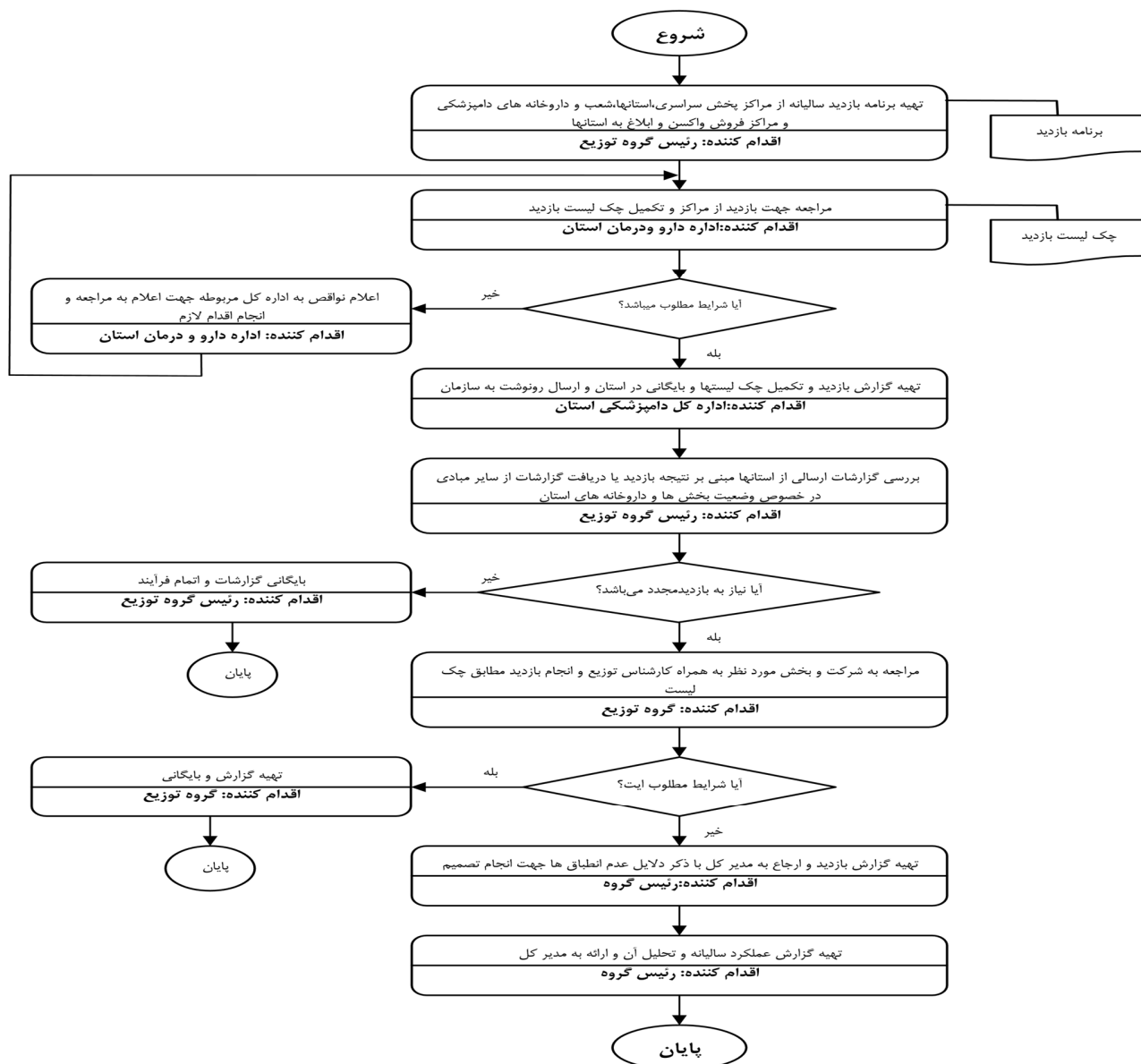


	در مرحله درخواست خدمت	الکترونیکی ■	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر	مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
				<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" 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 تولید خدمت فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها	الکترونیکی ■	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر	مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
				<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک		
	در مرحله ارائه خدمت	الکترونیکی ■	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر (معالجه دام ها)	مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
				<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/> 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"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان		
۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها	نام سامانه های دیگر	فیلد های مورد تبادل	استعلام الکترونیکی				استعلام غیر الکترونیکی
			<input type="checkbox"/> Online <input type="checkbox"/> batch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
نام سامانه های دستگاه دیگر نام دستگاه دیگر مبلغ در صورت پرداخت هزینه فیلد های مورد نام سامانه های دستگاه دیگر نام دستگاه دیگر ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر					استعلام الکترونیکی اگر استعلام غیر الکترونیکی است : استعلام توسط :		

	تبادل				
برخط onlin e					
دسته ای batch					
<input type="checkbox"/> دستگاه					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده					
<input type="checkbox"/> دستگاه					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده					
<input type="checkbox"/> دستگاه					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده					

۹- عناوین فرآیند های خدمت - ۱- نظارت بر واحدها و مراکز تشخیص و درمان بخش غیردولتی

۱۰- نمودار ارتباطی فرآیند های خدمت :



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : خانم دکتر ثوره جلیل ابراهیم	تلفن : ۰۲۸۳۳۳۳۳۶۲	پست الکترونیک : ptl.qazvin@ivo.ir	واحد مربوط : اداره تشخیص و درمان
---	----------------------	--------------------------------------	-------------------------------------