



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی

شناسنامه خدمت اداره کل دامپزشکی استان قزوین

۱- عنوان خدمت : خدمات حمایتی در حوزه دامپزشکی به بهره برداران (۱۳۰۲۱۲۰۴۰۰۰)		۲- شناسه خدمت : ۱۳۰۲۱۲۰۴۱۰۷	
۸- نظارت بر آزمایشگاه های دامپزشکی			
۳- ارائه خدمات	نام دستگاه اجرایی : اداره کل دامپزشکی استان قزوین		
	نام دستگاه مادر : سازمان دامپزشکی کشور		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		نظارت بر آزمایشگاه های 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
	سطح خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <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 checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" type="checkbox"/> فرار رسیدن زمان مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص
	مدارک لازم برای انجام خدمت		طبق برنامه سالانه سازمان دامپزشکی کشور می باشد و نیازی به ارائه مدارک از طرف متقاضی نمی باشد .
	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
	آمار تعداد خدمت گیرندگان		خدمت گیرندگان در : متغیر <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال
	۵- جزئیات خدمت	متوسط مدت زمان ارائه خدمت	
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> بار در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعداد بار مراجعه حضوری		دو بار	
هزینه ارائه خدمت ریال		مبالغ	
به خدمت گیرندگان		شماره حساب های بانکی 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 :		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن :		
	مراحل خدمت		نوع ارائه
	در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی
رسانه ارتباط خدمت		<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	

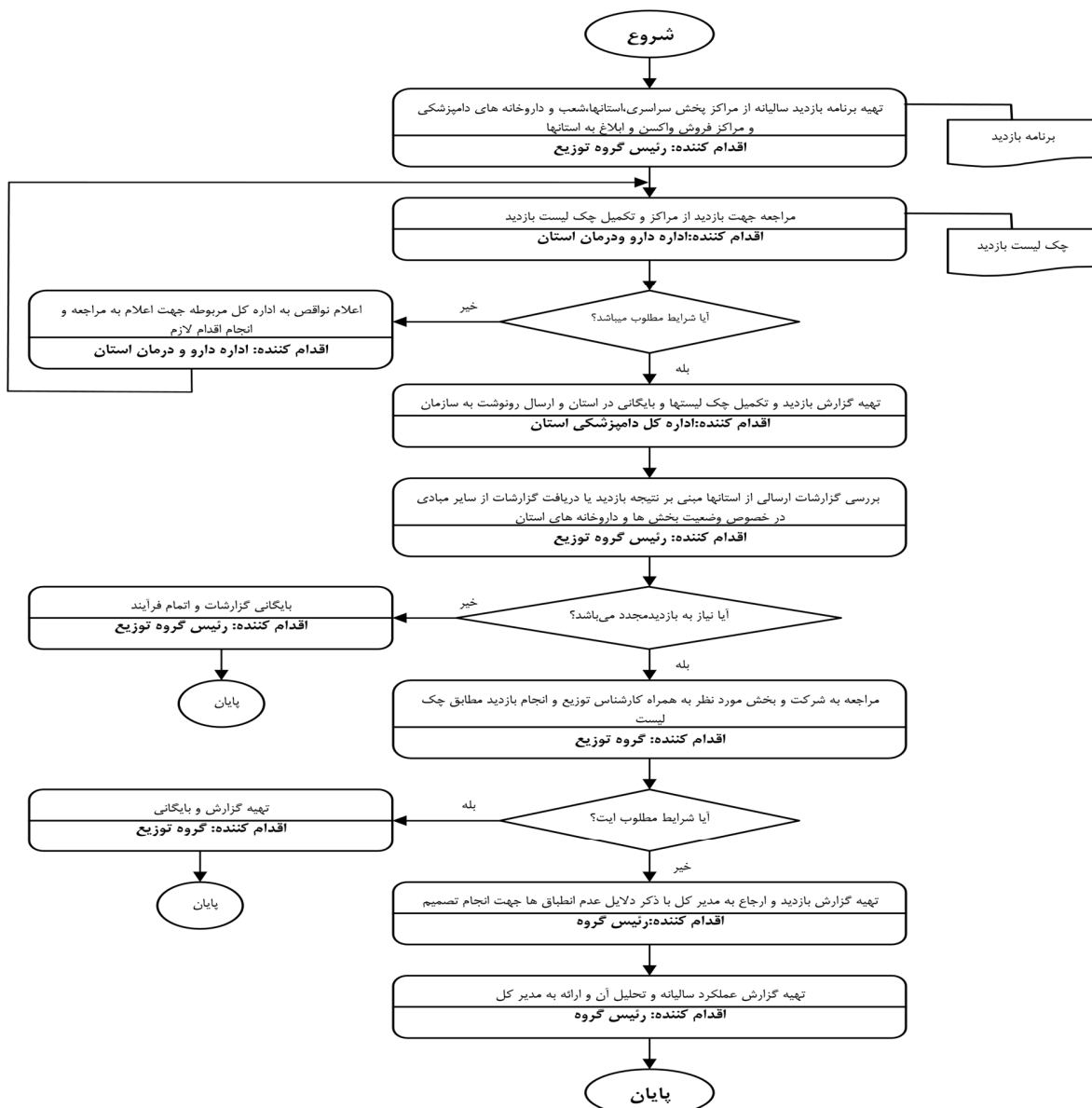


		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/> الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر		مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<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	
		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک	
		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input checked="" type="checkbox"/> جهت بازدید از واحد و انطباق با دستور العمل سازمان دامپزشکی جهت اعزام کارشناس		مرحله تولید خدمت فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها	
		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشنهاد		<input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشنهاد : <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشنهاد <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر		مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
		نام سامانه های دیگر فیلد های مورد تبادل		نام سامانه های دیگر فیلد های مورد تبادل		استعلام الکترونیکی استعلام الکترونیکی		استعلام غیر الکترونیکی	
ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر		نام دستگاه دیگر		نام سامانه های دستگاه دیگر فیلد های مورد		مبلغ در صورت پرداخت هزینه		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

۱۰- نمودار ارتباطی فرآیند های خدمت :



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : خانم دکتر ثوره جلیل ابراهیم	تلفن : ۰۲۸۳۳۳۳۳۳۶۲	پست الکترونیک : ptl.qazvin@ivo.ir	واحد مربوط : اداره تشخیص و درمان
---	-----------------------	--------------------------------------	-------------------------------------