Form No: MOH-QA/F/21/93-1

Ministry of Health Male', Maldives		މިނިސްޓްރީ އޮފް ހެލްތު މާލެ، ދިވެހިރާއްޖެ

ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނެއްގެ ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމާއި ލައިސަންސް ދިނުމަށް އެދޭ ފޯމު

Health Facility Registration and Licensing Form

Requested Service		**ބޭނުންވާ ޚިދުމަތް**
Tick as appropriate ☑		**އިންތިޚާބު ކުރައްވާ ގޮޅިގައި ☑ ޖައްސަވާ!**
1. For health facility registration (Please fill Section A of the form)	☐	1. ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނެއް ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށް (ފޯމުގެ ސެކްޝަން އޭ ފުރުއްވާ)
2. For operating license of health facility (Please fill Section B of the form)	☐	2. ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނެއްގެ ލައިސަންސް ހޯދުމަށް (ފޯމުގެ ސެކްޝަން ބީ ފުރުއްވާ)

Section A		**ސެކްޝަން A**
Health Facility Registration		**ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނެއް ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށް**

Tick as appropriate ☑					**އިންތިޚާބު ކުރައްވާ ގޮޅިގައި ☑ ޖައްސަވާ!**
Registration Renewal	☐	ރަޖިސްޓްރޭޝަން އާކުރުމަށް	New Registration	☐	އަލަށް ރަޖިސްޓްރީކުރުމަށް
Address Change	☐	އިމާރާތް ބަދަލުކުރުމަށް	Registration lost/damaged	☐	ރަޖިސްޓްރީ ގެއްލިގެން/ ހަލާކުވުމުން
			Ownership changing	☐	ވެރިފަރާތް ބަދަލު ކުރުމަށް
Other					އެހެނިހެން
Registration number (if already registered)					ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރު (ކުރިން ރަޖިސްޓްރީކޮށްފައިވާނަމަ)

Details of Applicant		**ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށް އެދޭ ފަރާތުގެ މައުލޫމާތު**
1.Sole proprietor	☐	**1.އަމިއްލަ ފަރުދެއްގެ ވިޔަފާރިއެއްނަމަ؛**
Full Name:		ފުރިހަމަ ނަން:
NID card No.:		ދ.ރ.އ ކާޑު ނަންބަރު:
Present Address:		މިހާރު ދިރިއުޅޭ އެޑްރެސް:
Contact No.		ގުޅޭނެ ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް:
2. Company/Partnership	☐	**2. ކުންފުންޏެއް/ ޕާޓްނަރޝިޕެއްނަމަ؛**
Company/Partnership		ކުންފުނި/ޕާޓްނަރޝިޕްގެ ނަން:
Registration No.		ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރު:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No.		ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:

3. Ministry/Governing Board	☐	3. މިނިސްޓްރީ/ ގަވަރނިންގ ބޯޑުއެނަމަ:
Ministry/Governing Board Name:		މިނިސްޓްރީ/ގަވަރނިންގ ބޯޑުގެ ނަން:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No.		ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:
4. NGO	☐	4. އެން.ޖީ.އޯ އެއްނަމަ:
NGO Name:		އެން.ޖީ.އޯގެ ނަން:
Registration No:		ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރު:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No:		ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:

Level of Health Facility					ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނުގެ ލެވެލް
Tick as appropriate ☑					އިންތިޚާބު ކުރައްވާ ޓިކްޖަހައި ☑
2. Private Health facility	☐	1. ޕްރައިވެޓް ފަރާތްތަކުން ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ މަރުކަޒު	1. Government Health Facility	☐	1. ސަރުކާރުގެ ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަންތަން
Tertiary Hospital	☐	ޓާރޝިއަރީ ހޮސްޕިޓަލް	Tertiary Hospital	☐	ޓާރޝިއަރީ ހޮސްޕިޓަލް
General Hospital	☐	ޖެނެރަލް ހޮސްޕިޓަލް	Hospital Level 1	☐	ހޮސްޕިޓަލް ލެވެލް 1
Specialty Hospital	☐	ސްޕެޝަލިޓީ ހޮސްޕިޓަލް	Hospital Level 2	☐	ހޮސްޕިޓަލް ލެވެލް 2
Area specific/ Specialty Centre	☐	ވަކި ކަމަކަށް ހާއްސަ ކުރެވިފައިވާ މަރުކަޒު	Hospital Level 2	☐	ހޮސްޕިޓަލް ލެވެލް 3
Therapeutic Services	☐	ތެރަޕިއުޓިކް ކްލިނިކް	Health Centre 4	☐	ސިއްހީ މަރުކަޒު 4
Diagnostic Clinic	☐	އެކްސްރޭ ލެބޯޓަރީ ކުރެވޭ ކްލިނިކް	Health Centre 3	☐	ސިއްހީ މަރުކަޒު 3
General Clinic	☐	ޖެނެރަލް ކްލިނިކް	Health Centre 2	☐	ސިއްހީ މަރުކަޒު 2
Area specific/ Specialty clinic	☐	ވަކި ކަމަކަށް ހާއްސަ ކުރެވިފައިވާ ކްލިނިކް	Health Centre 1	☐	ސިއްހީ މަރުކަޒު 1
3. Alternative Health facility			☐		ހަކިމު އަދި ޔޫނާނީ ބޭސް ފަދަ އުސޫލުން ބޭސްފަރުވާދޭ ޚާއްސަ ކުރެވިފައިވާ ކްލިނިކް
Specify					ބަޔާންކުރޭ

Other information				އިތުރު މައުލޫމާތު
Tick as appropriate ☑				އިންތިޚާބު ކުރައްވާ ޓިކްޖަހައި ☑
Was the applicant granted with a registration/ an operating license of a health facility before?	Yes	☐	އާންއެކެވެ.	ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށް އެދޭ ފަރާތަށް ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނެއްގެ ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނުވަތަ ލައިސަންސް ދީފައިވޭތޯ؟
	No	☐	ނޫނެކެވެ.	
If (Yes) was the registration/ operating license cancelled?	Yes	☐	އާންއެކެވެ.	ކުރިން ރަޖިސްޓްރީކޮށް ދީފައިވާނަމަ އެ ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނުވަތަ ލައިސަންސް ބާތިލްކޮށްފައިވޭތޯ؟
	No	☐	ނޫނެކެވެ.	

* ކުރިން ދީފައިވާ ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނުވަތަ ހިންގުމުގެ ހުއްދަ ބާތިލްކޮށްފައިވާނަމަ، ބާތިލް ކުރި ސަބަބު:

If (Yes) reason for cancellation of registration/operating license

....

Details of Health facility		ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދިނުމަށް އެދޭ ތަނުގެ މަޢުލޫމާތު
Name:		ފެސިލިޓީގެ ނަން:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No·		ގުޅޭނެ ފޯން ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް:
Details of the owner of the building		**ސިއްޙީ ޚިދުމަތްދޭ ތަން ހިންގަން ބޭނުންވާ އިމާރާތުގެ ވެރިފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު**
Name:		ނަން:
ID Card No·		ދ.ރ.އ. ކާޑު ނަންބަރު:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No·		ފޯން ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:
Details of Responsible Person		**ޒިންމާވާން ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު (ކްލިނިކަލްގައި ދުވަހުން ދުވަހަށް ހިންގާ ކަންކަމުގެ ޒިންމާވާން ފަރާތް)**
Name:		ނަން:
ID Card No·		ދ.ރ.އ. ކާޑު ނަންބަރު:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No·		ފޯން ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:

Declaration **އިޤްރާރު**

ސިއްޙީ ފަރުވާދޭ ތަންތަން ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމާއި ލައިސަންސް ދިނުމަށް އެދޭ ފޯމުގައި އަޅުގަނޑު ދީފައިވާ މަޢުލޫމާތުތަކާއި ހުށަހަޅާފައިވާ ލިޔެކިޔުންތަކުގައި ހިމެނޭ މަޢުލޫމާތުތަކަކީ ސައްޙަ ތެދު މަޢުލޫމާތެވެ. އަޅުގަނޑުގެ ސިއްޙީ ޚިދުމަތްދޭ ތަން މިނިސްޓްރީ އޮފް ހެލްތުގައި ރަޖިސްޓްރީ ކުރެވިއްޖެނަމަ، ދިވެހިރާއްޖޭގައި ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދިނުމާއި ބެހޭގޮތުން ކަމާބެހޭ ފަރާތްތަކުން ހަމަޖައްސާފައިވާ އުސޫލުތަކާއި ޤަވާޢިދާއި އުސޫލުތަކަށާއި އެއްގޮތްވާގޮތަށް ތަން ހިންގުމުގައި ޢަމަލު ކުރަންވާނެވެ. އަދި ބޭސްފަރުވާގެ ދާއިރާގައި ސިއްޙީ ޚިދުމަތްދޭ ފަރާތެއްގެ ގޮތުގައި ޢަމަލުކުރަންޖެހޭ ޚުލުޤީ އުސޫލުތަކާއި މިނިސްޓްރީ އޮފް ހެލްތުން ދޭ އިރުޝާދުތަކަށް ޢަމަލުކުރަންވާނެވެ. ސިއްޙީ ފަރުވާދޭ ތަން ރަޖިސްޓްރީކުރާ ތާރީޚުން ފެށިގެން 6 މަސް ދުވަހުގެ ތެރޭގައި ތަން ހިންގުމުގެ ހުއްދަ ހޯދުމަކީ އަޅުގަނޑުގެ ޒިންމާއެއްކަން އަޅުގަނޑު ޤަބޫލުކުރަމެވެ. ސިއްޙީ ޚިދުމަތްދޭ ތަން ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށްފަހު މިނިސްޓްރީން ދޭ އިރުޝާދުތަކާއި ޤަވާޢިދުތަކަށް ޢަމަލު ނުކުރާނަމަ ރަޖިސްޓްރޭޝަން ބާތިލު ކުރުމުގެ އިޚްތިޔާރު މިނިސްޓްރީއަށް ހުރިކަން ވެސް ޤަބޫލުކުރަމެވެ.

I declare that all the information given in this application form and attached documents are accurate and complete· If my health facility gets registered under Ministry of Health, I am aware that I am obliged to follow all the rules, regulations and ethical conducts as a health service provider and follow all the instruction of the Ministry of Health of the Maldives· I acknowledge it is my duty to obtain the operating license of the facility within 6 months from the date of registration of the health facility· I hereby agree that failure to adhere to any rules, regulations or instructions given by the Ministry shall constitute cause for revocation of the registration to operate my health facility in the Maldives·

Sign: ______ ސޮއި:	Applicant's name:		ފޯމު ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ނަން:
	Date:		ތާރީޚް:

Section B	ސެކްޝަން B
Operating license of health facility	**ސިއްހީ ޚިދުމަތްދޭ ތަންތަނުގެ ލައިސަންސް ހޯދުމަށް**

Tick as appropriate ☑			**އިންތިޚާބު ކުރައްވާ ގޮޅިގައި ☑ ޖައްސަވާ!**		
License Renewal	☐	ލައިސަންސް އާކުރުމަށް	New license	☐	އަލަށް ލައިސަންސް ހޯދުމަށް
Changing ownership of license	☐	ލައިސަންސްގެ ވެރިފަރާތް ބަދަލު ކުރުމަށް	License lost/damaged	☐	ލައިސަންސް ގެއްލިގެން/ ހަލާކުވެގެން

License number (if license already issued) ލައިސަންސް ނަންބަރު (ކުރިން ލައިސަންސް ދޫކޮށްފައިވާނަމަ)

Details of Applicant		**ލައިސަންސް އަށް އެދޭ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު**
1.Sole proprietor	☐	**1.އަމިއްލަ ފަރުދެއްގެ ވިޔަފާރިއެއްނަމަ؛**
Full Name:		ފުރިހަމަ ނަން:
NID card No.:		ދ.ރ.އ ކާޑު ނަންބަރު:
Present Address:		މިހާރު ދިރިއުޅޭ އެޑްރެސް:
Contact No.		ގުޅޭނެ ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް:
2. Company/Partnership	☐	**2. ކުންފުންޏެއް/ ޕާޓްނަރޝިޕެއްނަމަ؛**
Company/Partnership		ކުންފުނި/ޕާޓްނަރޝިޕްގެ ނަން:
Registration No.		ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރު:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No.		ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:
3. Ministry/Governing Board	☐	**3. މިނިސްޓްރީ/ ގަވަރނިންގ ބޯޑެއްނަމަ:**
Ministry/Governing Board Name:		މިނިސްޓްރީ/ގަވަރނިންގ ބޯޑުގެ ނަން:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No.		ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:
4. NGO	☐	**4. އެން.ޖީ.އޯ އެއްނަމަ**
NGO Name:		އެން.ޖީ.އޯގެ ނަން:
Registration No:		ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރު:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No:		ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:

Other information				އިތުރު މަޢުލޫމާތު
Tick as appropriate ☑				**އިޚްތިޔާރު ކުރައްވާ ޓިކުޖަހައި ☑**
Was the applicant granted with an operating license of a health facility before?	Yes	☐	އާނއެކޭ.	ލައިސަންސަށް އެދޭ ފަރާތަށް ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދިނުމުގެ ލައިސަންސް ކުރިން ދޫކުރެވިފައިވޭތޯ؟
	No	☐	ނޫނެކޭ.	
If (Yes) was the operating license cancelled?	Yes	☐	އާނއެކޭ.	ކުރިން ދޫކުރެވިފައިވާ ލައިސަންސް ބާތިލްކޮށްފައިވޭތޯ؟
	No	☐	ނޫނެކޭ.	

* ކުރިން ދޫކުރެވިފައިވާ ލައިސަންސް ބާތިލްކޮށްފައިވާނަމަ، ބާތިލް ކުރި ސަބަބު:

If (Yes) reason for cancellation of operating license

....

Details of Health facility to obtain license — ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދިނުމުގެ ލައިސަންސަށް އެދޭ ތަނުގެ މަޢުލޫމާތު

Name:		ފެސިލިޓީގެ ނަން:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No.		ގުޅޭނެ ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް:
Secondary email Address:		ސެކަންޑަރީ އީމެއިލް:

Details of Responsible Person — ޒިންމާވާ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު

Name:		ނަން:
ID Card No.		ދ.ރ.ކ. ކާޑު ނަންބަރު:
Address:		އެޑްރެސް:
Contact No.		ފޯނު ނަންބަރު:
Email Address:		އީމެއިލް އެޑްރެސް:

Declaration — އިޤްރާރު

ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދިނުމުގެ ލައިސަންސަށް އެދި ހުށަހަޅާ މި ފޯމުގައި ދީފައިވާ މަޢުލޫމާތާއި، މި ފޯމާއެކު ހުށަހަޅާ ލިޔެކިޔުންތަކަކީ ތެދު އަދި ފުރިހަމަ މަޢުލޫމާތެވެ. ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދިނުމުގެ ލައިސަންސް ހެލްތު މިނިސްޓްރީން ލިބިއްޖެނަމަ، ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދޭ ފަރާތެއްގެ ގޮތުން ޢަމަލުކުރަންޖެހޭ ހުރިހާ ޤަވާޢިދުތަކާއި އުސޫލުތަކަށް ޢަމަލުކުރާނެކަމަށާއި، ހެލްތު މިނިސްޓްރީން ދޭ އިރުޝާދުތަކަށް ޢަމަލުކުރާނެކަމަށް އިޤްރާރުވަމެވެ. ސިއްޙީ ޚިދުމަތް ދިނުމުގައި ޤަވާޢިދުތަކާއި އުސޫލުތަކާއި މިނިސްޓްރީން ދޭ އިރުޝާދުތަކަށް ޢަމަލު ނުކުރާނަމަ، ލައިސަންސް ބާތިލު ކުރުމުގެ އިޚްތިޔާރު މިނިސްޓްރީ އޮފް ހެލްތަށް ލިބިގެންވެއެވެ.

I declare that all the information given in this application form and attached documents are accurate and complete. If I obtain license from Ministry of Health for operating health facility, I am aware that I am obliged to follow all the rules, regulations and ethical conducts as a health service provider and follow all the instruction of the Ministry of Health of the Maldives. I hereby agree that failure to adhere to any rules, regulations or instructions given by the Ministry shall constitute cause for revocation of the license to operate my health facility in the Maldives.

Sign:		ސޮއި:	Applicant's name:		ފޯމު ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ނަން:
			Date:		ތާރީޚް:

Ministry of Health — މިނިސްޓްރީ އޮފް ހެލްތު
Quality Assurance and Regulations Division — ކޮލިޓީ އެޝުއަރަންސް އެންޑް ރެގިއުލޭޝަންސް ޑިވިޜަން
Sosun magu/ Male', Maldives — ސޯސަންމަގު / މާލެ، ދިވެހިރާއްޖެ.
Phone Number: 3014426 — ފޯނު ނަންބަރު: 3014426
Website: www.health.gov.mv — ވެބްސައިޓް: www.health.gov.mv
Email Address: qa@health.gov.mv — އީމެއިލް އެޑްރެސް: qa@health.gov.mv

Annex: Documents to be submitted with Health Facility Registration and Licensing Form	**އެނެކްސް: ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަންތަން ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމާއި ލައިސަންސް ދިނުމުގެ އެދޭ ފޯމާއެކު ހުށަހަޅަންޖެހޭ ތަކެތި**

Section A: For health facility registration		**ސެކްޝަން އޭ: ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަންތަން ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށް**
National Identity/ Passport copy of applicant	☐	ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަން ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށް އެދި ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑު/ ޕާސްޕޯޓުގެ ކޮޕީ
National Identity/ Passport copy of responsible person	☐	ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަން ހިންގުމުގެ ކަންތައްތަކާއި ޒިންމާވާނެ ފަރާތުގެ ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑު/ ޕާސްޕޯޓުގެ ކޮޕީ
Floor plan of the proposed health facility	☐	ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނުގެ ފްލޯ ޕްލޭން
Business/ Company registration	☐	ވިޔަފާރި ރަޖިސްޓްރޭޝަން ސެޓްފިކެޓުގެ ކޮޕީ؛
Board resolution of companies	☐	ކުންފުނިތަކުން ހިންގާ ތަންތަނަށް ކުންފުނީގެ ޑިރެކްޓަރުންގެ ބޯޑުގެ މަޝްވަރާކޮށް ކުންފުނީގެ ބޯޑުގެ ނިންމުން؛
NGO Registration	☐	ޖަމިއްޔާ ޖަމާޢަތްތަކުން ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނެއް ރަޖިސްޓްރީ ކުރާނަމަ ޖަމިއްޔާތައް ރަޖިސްޓްރީ ކުރާ ތަނުން ހުއްދަ
Document indicating the propose name of the government health facility	☐	ސަރުކާރުގެ ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނަށް ކިޔާ / ކިޔުމަށް ކަނޑައަޅާފައިވާ ނަން އަންގައިދޭ ލިޔުމެއް
If the facility is operating under the ministry, a document stating the opening date and level of the facility	☐	މިނިސްޓްރީގެ ދަށުން ހިންގާ ތަނެއްނަމަ ހުޅުވާ ތާރީޚާއި ލެވެލް އަންގައިދޭ ލިޔުމެއް
If the facility is operating under the governing board, proof of board establishment	☐	ގަވަރނިންގ ބޯޑުގެ ދަށުން ހިންގާ ތަނެއްނަމަ ބޯޑު އުފެދުނު ކަމުގެ ލިޔުން
Resort registration certificate	☐	ޓޫރިސްޓް ރިސޯޓެއްގައި ހިންގާ ތަނެއް ނަމަ ރިސޯޓް ހިންގުމުގެ ރަޖިސްޓްރީގެ ކޮޕީ؛
If the facility is located in an industrial site, no objection letter of the owner of the site	☐	ސިނާއީ މަސައްކަތްކުރާ ތަނެއްގައި ހިންގާ ތަނެއްނަމަ އެ ސައިޓާއި ތަނެއްގެ ވެރިފަރާތުގެ ސިޓީ؛
If the applicant is a foreign investment, registration of the foreign investment	☐	ފޮރިން އިންވެސްޓްމަންޓެއްކަމުން ހިންގާ ތަނެއްނަމަ ފޮރިން އިންވެސްޓްމަންޓް ރަޖިސްޓްރީގެ ކޮޕީ؛
Business name registration of the health facility	☐	ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނުގެ ނަން ވިޔަފާރިއާބެހޭ ކަންކަން ބަލަހައްޓާ ވުޒާރާގައި ރަޖިސްޓްރީކުރި ކަމުގެ ލިޔުން؛
If the applicant is not the owner of the building the facility is located, no object letter and ID card copy of the owner	☐	ތަން ހިންގާ އިމާރާތުގެ ވެރިފަރާތަކީ ސިއްޚީ ޚިދުމަތް ފޯރުކޮށްދޭ ތަނުގެ ވެރިފަރާތް ނޫން އެހެން ފަރާތަކަށް ނަމަ އެ އިމާރާތުގައި ތަން ހިންގުމަށް އިޢުތިރާޒެއް ނެތްކަމުގެ ލިޔުން އަދި އިމާރާތުގެ ވެރިފަރާތުގެ އައިޑީ ކޮޕީ

Section B: For operating license of health facility registration		**ސެކްޝަން ބީ: ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަންތަން ހިންގުމުގެ ހުއްދަ**
National Identity/ Passport copy of applicant	☐	ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަން ހިންގުމަށް އެދި ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑުގެ ކޮޕީ
National Identity/ Passport copy of responsible person	☐	ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަން ހިންގުމުގެ ކަންތައްތަކާއި ޒިންމާވާނެ ފަރާތުގެ ދިވެހި ރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑުގެ ކޮޕީ
Registration certificate of health facility	☐	ރަޖިސްޓްރޭޝަން ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނެއްގެ ގޮތުގައި މިނިސްޓްރީގައި ރަޖިސްޓްރީކުރެވިފައިވާ ސެޓްފިކެޓް
Requisition letter from the health profession to register him/her at the health facility	☐	ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނުގައި މަސައްކަތްކުރާ ސިއްޚީ ޚިދުމަތުގެ ފެންވަރު މަސައްކަތްތެރިން އެ ތަނުގައި މަސައްކަތްކުރާކަން ބަޔާންކޮށްދޭ ސިޓީ
Requisition letter from the health facility to register the health professional at the health facility	☐	އެ ތަނުގައި އެ ފަރާތްތަކުން ރަޖިސްޓްރީކުރުމަށް އެދި ތަނުގެ މަސައްކަތުގާ ފަރާތުން ހުށަހަޅާ ސިޓީ
Registration and practicing license of the health professional in the respected regulatory council	☐	އެފަރާތަކާ ބެހޭ ކައުންސިލްގައި އެ ފަރާތްތަކުން ރަޖިސްޓްރީ ކޮށްފައިވާ ކަމުގެ ލިޔުމުގެ ކޮޕީ
Proposal; 1. Services to be provided (submit separately) 2. Level of the facility 3. Opening hours 4. Prices of the services	☐	ތަނުން ދޭ ޚިދުމަތްތަކާއި، ޚިދުމަތްދޭނެ ފެންވަރާއި، ޚިދުމަތްދޭނެ ގަޑިތަކާއި، ޚިދުމަތް ދިނުމަށްކުރާ ފީތަކާއި، ތަނުގައި މަސައްކަތް ކުރާ ފަރާތްތަކުގެ ތަފްސީލާއި، ތަނުން ދޭ ޚިދުމަތަށް ނަގާނެ އަގުތައް ހިމެނޭ ގޮތަށް އެކުލަވާލެވިފައިވާ ތަން ހިންގާނެ ގޮތުގެ ޕްރޮޕޯސަލް؛

<u>**ސަމާލުކަން ދޭންވީ ކަންތައް**</u>

- ސިއްޚީ ޚިދުމަތްދޭ ތަނުގެ ލައިސަންސަށް އެދި ފޯމާއެކު އެކަށައް ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމަށް ހުށަހަޅަން ވާނެއެވެ.
- މި ފޯމާއެކު ހުށަހަޅަންޖެހޭ ލިޔެކިޔުންތައް ހަމަނުވާ އެޕްލިކޭޝަންތައް 10 ދުވަސް ފަހުން ...