

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: صدور گواهی بهداشتی واردات، صادرات، ترانزیت و ترخیص دام، فرآورده های دامی، دارو، مواد بیولوژیک و تجهیزات دامپزشکی، خوراک و نهاده های دامی، مکمل و افزودنی های خوراک دام		۲- شناسه خدمت ( این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: اداره کل دامپزشکی استان		
	نام دستگاه مادر: سازمان دامپزشکی کشور		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت صدور گواهی بهداشتی واردات، صادرات، ترانزیت و ترخیص دام، فرآورده های دامی، دارو، مواد بیولوژیک و تجهیزات دامپزشکی، خوراک و نهاده های دامی، مکمل و افزودنی های خوراک دام		
	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 checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <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 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 checked="" type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر	
	نحوه آغاز خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...	
	مدارک لازم برای انجام خدمت	درخواست، پرفرما، مدارک الزامات بهداشتی گواهی بهداشتی، مدارک دال بر ورود محموله به گمرک و ...	
	قوانین و مقررات بالادستی	قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰ و آیین نامه های اجرایی مرتبط	
	آمار تعداد خدمت گیرندگان	۵۰۰۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال	
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	حداکثر هفت روز کاری	
تواتر	<input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
تعداد بار مراجعه حضوری	یک بار		
۵- جزئیات خدمت	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک	
		نام مصوبه دولت در خصوص تعرفه ها به شماره ۴۷۷۹۸/ت/۱۱۹۸۱ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۸ (به حساب شماره ۲۱۷۳۸۳۹۰۰۲۰۰۸ بانک ملی شعبه خجسته کدد ۷۹۹ بنام تمرکز وجوه درآمد حاصل از خدمات بهداشتی و درمانی سازمان دامپزشکی کشور)	
		<input checked="" type="checkbox"/> <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		
	d.ivo.ir و e.ivo.ir		
	www.ivo.ir		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		
	مراحل 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 (بازگروه دسترسی)
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<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:	
	دکتر حضوری مراجعه حضوری	مراجعه به دستگاه: ملی استانی شهرستانی	



<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
۱ - دریافت درخواست متقاضی							۹- عناوین فرایندهای خدمت
۲ - بررسی و ارزیابی خطر محموله							
۳ - نمونه برداری و ارسال به آزمایشگاه							
۴ - صدور مجوز							
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							

واحد مربوط:	پست الکترونیک:	تلفن:	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:
-------------	----------------	-------	-------------------------------------

توضیحات	فرآیند مجوز		زمان تقریبی فرآیند مجوز (روز/ ساعت)	مراجع ناظر	فرآیند صدور مجوز		متقاضی مجوز			هزینه (ریال)	مدت اعتبار	مدارک مورد نیاز	مستندات قانونی (مصوبه، بخشنامه، آیین نامه)	نوع مجوز	عنوان مجوز	ردیف
	الکترونیکی	غیر الکترونیکی			مشترک *	اختصاصی	دولتی	حقوقی	حقیقی							
	*	*	۷ روز کاری ۱ روز ۳ روز		*	*	*	*	*		۶ ماه	درخواست، پر فرما، مدارک الزامات بهداشتی گواهی بهداشتی	ماده ۷ قانونساز ماند امپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰- آیین نامه های اجرایی مرتبط	صدور	گواهی بهداشتی صادرات، واردات، ترانزیت	۱
	*		۳ روز		*	*	*	*		یک مرتبه ۶ ماه	مدارک دال بر ورود محموله به گمرک قبل از تاریخ انقضا پروانه	ماده ۷ قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰- آیین نامه های اجرایی مرتبط	تصدید			۲
	*		۳ روز		*	*	*	*		اعتبار مجوز	مدارک معتبر، پر فرما، درخواست شرکت	ماده ۷ قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰- آیین نامه های اجرایی مرتبط	اصلاح			۳
	*		۱ روز		*	*	*	*			درخواست شرکت	ماده ۷ قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰- آیین نامه های اجرایی مرتبط	تعوی			۴

\* اگر مراحل مجوز دارای فرآیند مشترک با دیگر دستگاه ها و نیازمند تبادل داده با آنها است، فرم شماره ۲ نیز تکمیل شود

فرم شماره دو

توضیحات	فرآیند مجوز		زمان انجام کار (روز/ساعت)	هزینه (ریال)	مدت اعتبار	مدارک مورد نیاز	نوع فرآیند		عنوان دستگاه استعمال شونده	ردیف
	الکترونیکی غیر	الکترونیکی					سایر ***	موارد استعمال با ذکر نام **		
										۱
										۲
										۳
										۴
										۵
										۶
										۷
										۸

\*\* نام استعمال در توضیحات درج شود

\*\*\* اگر نوع فرآیند سایر می باشد اطلاعات آن در توضیحات درج شود

