

بسمه تعالی
فرم شناسنامه خدمت دستگاه

2- شناسه خدمت: 16042575101	1- عنوان خدمت: پایش بیماریهای غیر واگیر												
نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشتی													
3- ارائه دهنده خدمت نام دستگاه مادر: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه													
شرح خدمت نظارت بر مراکز و خانه های بهداشت	4- مشخصات خدمت												
نوع خدمت	<input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)												
ماهیت خدمت	<input type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری												
سطح خدمت	<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی												
رویداد مرتبط با:	<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> لامت <input type="checkbox"/> لیات <input type="checkbox"/> سب 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"/> رک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر												
نحوه آغاز خدمت	<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: پایش و نظارت فعالیتهای مراکز و خانه های بهداشت												
مدارک لازم برای انجام خدمت	کنترل کیفیت ارائه خدمات												
قوانین و مقررات بالادستی	مستندات قانونی، دستورالعملهای کشوری وزارت بهداشت												
5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان: حدود دو میلیون نفر... متوسط مدت زمان ارائه خدمت: 3 ساعت تواتر: <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> تعداد بار مراجعه حضوری: 50 بار در سال هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">مبلغ (مبالغ)</td> <td style="width: 30%;">شماره حساب (های) بانکی</td> <td style="width: 40%;">پرداخت بصورت الکترونیک</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک	-		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک											
-		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
6- نحوه دسترسی به خدمت													
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن مراکز مشاوره ژنتیک													
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:													
مراحل خدمت	نوع ارائه												
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> ایترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کو <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)												
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک بود زیر ساخت ارتباطی مناسب سایر:												
مراجعه به دستگاه:	مرجع دسترسی <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی												

10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت			
واحد مربوط: بیماریهای غیر واگیر	پست الکترونیک:-	تلفن: 37257699	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: محمد رضا بیات