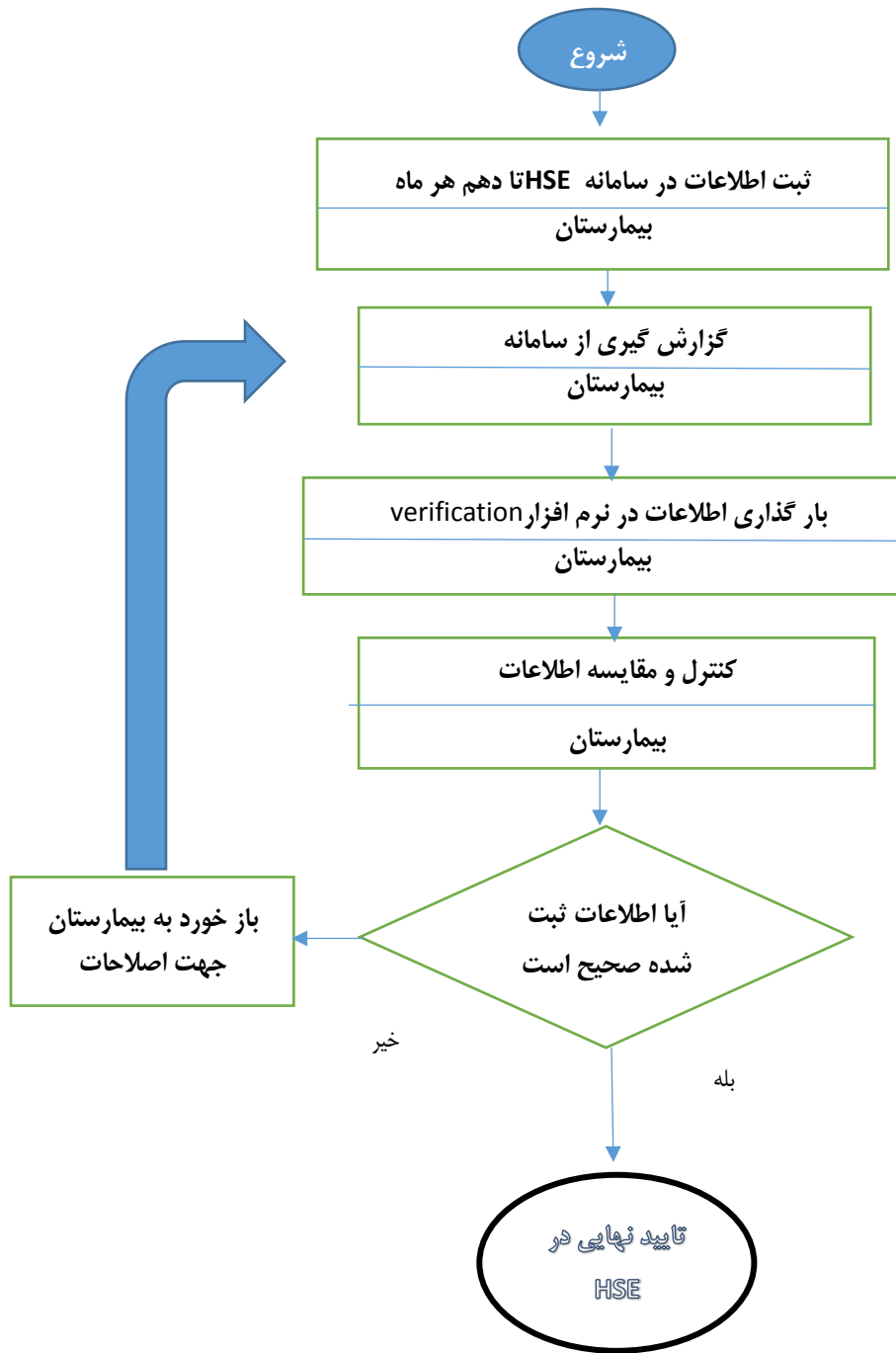




فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

۱- عنوان خدمت: تایید اطلاعات ثبت شده در سامانه HSE		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت بررسی و تایید سامانه HSE (طرح تحول نظام سلامت) به صورت ماهانه		
	نوع خدمت <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری		
	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 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 type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر		
	نحوه آغاز خدمت <input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" 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		
	قوانین و مقررات بالادستی دستورالعمل های طرح تحول نظام سلامت		
	آمار تعداد خدمت گیرندگان ۵۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال متوسط مدت زمان ارائه خدمت: یک ساعت تواتر: <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> یکبار در: <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال تعداد بار مراجعه حضوری: -		
	۵- خزیات خدمت	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک ندارد ندارد	
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: http://HSe.health.gov.ir			
۶- نحوه دسترسی به خدمت	مرحله خدمت		
	نوع ارائه		
	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		
در مرحله اطلاع رسانی خدمت			
<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (شبكة های اجتماعی)			
در مرحله درخواست خدمت			
<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اکذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (سامانه ارزیابی عملکرد)			

فرایند تایید اطلاعات ثبت شده در سامانه HSE



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: جواد دوست زاده	تلفن: ۰۵۸۳۲۲۱۰۹۱۰ داخلی ۱۳۳	پست الکترونیک:	واحد مربوط: اداره اقتصاد سلامت
--	--------------------------------	----------------	--------------------------------