

Visit Form (نموذج زيارة)

اسم المنشأة:	الجهة المالكة:	المحافظة:
رقم التليفون:	العنوان:	
البريد الإلكتروني:		الموقع الرسمي:

الدور	Scope of service (الخدمات المقدمة)

الرجاء كتابة البيانات التالية بدقة

الاسم رباعي	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
		مدير المنشأة
		مسئول الجودة
		مسئول السلامة والصحة المهنية
		مسئول مكافحة العدوى

هل لديك نسخة من متطلبات التسجيل أو معايير الاعتماد؟ نعم () لا ()

في حالة الإجابة بلا , برجاء تنزيل نسخة من علي موقع الهيئة www.gahar.gov.eg

هل يتوافر فريق مكلف لتطبيق متطلبات التسجيل أو معايير الاعتماد؟ نعم () لا ()

هل سبق لك استخدام أداة التقييم الذاتي؟ نعم () لا ()

في حالة الإجابة بلا , برجاء تنزيل الأداة من علي موقع الهيئة www.gahar.gov.eg

في حالة الإجابة بنعم، برجاء توضيح هل تم عمل تقييم وخطة تصحيحية بالأداة وتوضيح نسبة استكمال الخطة

() لا

() نعم

هل يوجد تطوير أو انشاءات حالية بالمنشأة؟

في حالة الاجابة بنعم برجاء الوصف

أذكر السياسات والخطط الموجودة:

Operational manual الدليل التشغيلي	Workforce متطلبات القوي العاملة	Leadership متطلبات القيادة	NSR (policy / plans) المتطلبات الوطنية للسلامة