**شروط ترخيص مركز غسيل كلوى**

**تقرير فنى مفصل من المركز او المستشفى المراد ترخيصة متضمن شرح المركز من حيث المساحة وعدد الماكينات وعدد الاطباء وكل ما يخص المركز مرفق معه المتطلبات الاتية :**

**1- صورة شهادة النقابة العامة لاطباء مصر باسم المركز**

**2- صورة شهادة استشارى كلى لكلا من الدكتارة من النقابة العامة لاطباء مصر**

**3- صورة شهادة مزاولة المهنة لكلا من الاستشارى والاخصائي والمدير الفنى والتمريض من الادارة المركزية للمؤسسات العلاجية**

**4- صورة من شهادة الجمعية المصرية لامراض وزراعة الكلي لكلا من المدير الفنى والاستشارى والاخصائي**

**5- صور عقود الاتفاق لكلا من المدير الفنى والاستشارى والاخصائي والتمريض**

**6- صورة شهادة اخصائى لكلا من المدير الفنى والاستشارى والاخصائى من النقابة العامة لاطباء مصر**

**7- صورة كارنية النقابة لكلا من الاستشارى والاخصائي والمدير الفني**

**8- صورة البطاقة لكلا من الاستشارى والاخصائى والمدير الفنى والتمريض**

**9- صورة محضر المعاينة**

**10- صورة من رخصة تشغيل منشاة طبية**

**11- صور عقود الصيانة ومعالجة المياه ونقل نفايات خطرة**

**12- صورة من الرسم الهندسى للمكان**

**13- صورة من صور مكانات الغسيل الكلوى وعددهم**

**14- صورة من موافقة ادارة العلاج الحر**

**ملحوظة : للمراكز المراد تجديد الترخيص لها ارسال صور من نتائج فيروسات للسنة الحالية والسنة الماضية**