



رقم المحفوظات :
رقم الصادر :
بيروت في :

طلب إفادة حاجة لإختصاص طبي

خاص بالمستدعي

الإسم: إسم الأب: الشهرة: إسم الأم:

الجنس: ذكر انثى رقم السجل:

إسم الشهادة الجامعية: البلد:

إسم الجامعة / المعهد: التاريخ: .. / .. / ..

نوع الإختصاص الطبي: البلد:

الجامعة: تاريخ القبول: .. / .. / ..

البريد الإلكتروني: رقم الهاتف:

رقم التعهد لدى كاتب العدل بالعودة إلى لبنان فور انتهاء فترة الإختصاص: التاريخ: .. / .. / ..

أنا الموقع أدناه أفيد بأن هذه المعلومات صحيحة وأتحمل كامل المسؤولية وفقاً للقوانين المرعية الإجراء.

الإسم: إسم الأب: الشهرة: التاريخ: .. / .. / ..

التوقيع:

لا يقبل تسجيل الطلب ما لم تكن جميع المستندات الأساسية التالية مرفقة

- نسخة مصدقة عن اخراج قيد افرادي او صورة عن الهوية أو جواز سفر صالح
- نسخة مصدقة عن شهادة الطب العام
- إفادة قبول من الجامعة أو المستشفى تتعلق بدراسة الإختصاص
- التعهد لدى كاتب العدل بالعودة إلى لبنان بعد انتهاء دراسة الإختصاص
- نسخة عن شهادة ECFMG لصاحب العلاقة
- ملاحظة: ترسل الإفادة عبر البريد المضمون بواسطة صاحب العلاقة بعد إقفالها وختمها من قبل الإدارة.