

طلب أخذ علم بالتخلي عن إدارة مختبر أو مركز أشعة (داخل مستشفى)
أو مستوصف خيري (طبيب أو صيدلي أو ممرض)

ضع علامة (X) في المربع المناسب:

نوع المنشأة الصحية: مختبر طبي عام مختبر متخصص (باتولوجيا) مركز نقل دم مركز أشعة مستوصف

الإسم: _____ إسم الأب: _____ الشهرة: _____ إسم الأم: _____

الجنس: ذكر انثى رقم السجل: _____

عنوان السكن الحالي

المحافظة: _____ القضاء: _____ البلدة: _____

الشارع: _____ ملك: _____ الطابق: _____

هاتف: _____ / _____ البريد الإلكتروني: _____

رقم إجازة معاطاة المهنة _____ التاريخ: _____ / _____ / _____ المهنة: طبيب صيدلي ممرض

خاص بالمنشأة الصحية

صاحب الترخيص: مستشفى _____ مستوصف _____

رقم ترخيص المنشأة الصحية: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____

العنوان:

المحافظة: _____ القضاء: _____ البلدة: _____

الشارع: _____ ملك: _____ الطابق: _____

رقم العقار / المنطقة: _____ / _____ غيره: _____

هاتف: _____ / _____ البريد الإلكتروني: _____

كتاب التكليف الخاص (كتاب أخذ العلم):

رقم الكتاب : _____ التاريخ: ----/---/--- تاريخ بدء التكليف: ----/---/---

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

توقيع صاحب الطلب

التاريخ: ----/---/---

المستندات المطلوبة:

- نسخة عن الترخيص بإنشاء أو فتح المركز