

علم وخبر بتغيير الطبيب أو الصيدلي أو الممرض في مستوصف خيري

خاص بالمستوصف

رقم الترخيص بالإنشاء: _____ التاريخ: ___ / ___ / ___

العنوان:

المحافظة: _____ القضاء: _____ البلدة: _____

الشارع: _____ ملك: _____ الطابق: _____

رقم العقار / المنطقة: _____ / _____

هاتف: _____ / _____ البريد الإلكتروني: _____

خاص بالطبيب أو الصيدلي أو الممرض الحالي

المهنة: طبيب صيدلي ممرض

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

خاص بالطبيب أو الصيدلي أو الممرض البديل

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

الجنس: ذكر أنثى رقم السجل: _____

الوضع العائلي: اعزب مطلق ارمل منفصل متأهل: _____

اسم وشهرة الزوج أو الزوجة

محل الولادة (حسب بطاقة الهوية)

المحافظة: _____ القضاء: _____ البلدة: _____

تاريخ الولادة: ___ / ___ / ___

عنوان السكن الحالي

المحافظة : _____
القضاء : _____ : البلدة : _____
الشارع : _____ : ملك : _____ : الطابق : _____
هاتف : _____ / _____ : البريد الإلكتروني : _____

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

رقم إفادة التسجيل في النقابة: _____ التاريخ: ____/____/____ رقم الإنتساب إلى النقابة: _____

أنا الموقع أدناه _____ أتعهد بالإشراف الطبي والفني على المستوصف _____
موضوع الطلب.

التاريخ: ____/____/____ توقيع صاحب الطلب

المستندات المطلوبة:

- نسخة عن الترخيص
- أوراق الطبيب أو الصيدلي أو الممرض الخاصة (الشهادات-إجازة معاطاة المهنة)
- إفادة التسجيل في النقابة تعود لعام تقديم الطلب