

علم وخبر بتغيير الطبيب أو الصيدلي  
في مختبر طبي عام أو متخصص أو في مركز أشعة (داخل مستشفى)

ضع علامة (X) في المربع المناسب:

نوع المنشأة الصحية:  مختبر طبي عام  مختبر طبي متخصص بالأنسجة والخلايا المريضة (باتولوجيا)  مختبر طبي متخصص بالتحاليل بالانظائر المشعة  غيره: \_\_\_\_\_  
 مركز أشعة

رقم ترخيص المنشأة الصحية: \_\_\_\_\_ تاريخ الترخيص: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

خاص بالمستشفى

إسم المستشفى: \_\_\_\_\_ صاحب الترخيص: \_\_\_\_\_

رقم الترخيص بالإنشاء: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

رقم الترخيص بالإستثمار: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

العنوان:

المحافظة: \_\_\_\_\_ القضاء: \_\_\_\_\_ البلدة: \_\_\_\_\_

الشارع: \_\_\_\_\_ ملك: \_\_\_\_\_ الطابق: \_\_\_\_\_

رقم العقار / المنطقة: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

هاتف: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

خاص بالطبيب أو الصيدلي الحالي

الإسم: \_\_\_\_\_ إسم الأب: \_\_\_\_\_ الشهرة: \_\_\_\_\_ إسم الأم: \_\_\_\_\_

المهنة: طبيب صيدلي

## خاص بالطبيب أو الصيدلي البديل

الإسم: \_\_\_\_\_ إسم الأب: \_\_\_\_\_ الشهرة: \_\_\_\_\_ إسم الأم: \_\_\_\_\_

الجنس:  ذكر  انثى رقم السجل: \_\_\_\_\_

الوضع العائلي:  اعزب  مطلق  ارمل  منفصل  متأهل: \_\_\_\_\_

اسم وشهرة الزوج او الزوجة

محل الولادة (حسب بطاقة الهوية)

المحافظة: \_\_\_\_\_ القضاء: \_\_\_\_\_ البلدة: \_\_\_\_\_

تاريخ الولادة: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

عنوان السكن الحالي

المحافظة: \_\_\_\_\_ القضاء: \_\_\_\_\_ البلدة: \_\_\_\_\_

الشارع: \_\_\_\_\_ ملك: \_\_\_\_\_ الطابق: \_\_\_\_\_

هاتف: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

**التحصيل العلمي**

الشهادة الرسمية

بكالوريا القسم الثاني أو الثانوية العامة \_\_\_\_\_ السنة: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  غيره: \_\_\_\_\_  
الدورة

في حال وجود معادلة

البلد: \_\_\_\_\_ رقم المعادلة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

الشهادة الجامعية:

إسم الشهادة الجامعية أو المهنية: \_\_\_\_\_ البلد: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ مدة الدراسة: من \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ إلى \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

الجامعة/المعهد: \_\_\_\_\_ رقم المعادلة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(في حال الإنتقال من جامعة إلى أخرى)

مدة التمرن: من \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ إلى \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

كولوكيوم: الدورة: \_\_\_\_\_ السنة: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

شهادة الإختصاص: \_\_\_\_\_ مدة الدراسة: \_\_\_\_\_ البلد: \_\_\_\_\_

إسم الجامعة: \_\_\_\_\_ تاريخ التخرج: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

رقم إجازة معاطاة المهنة \_\_\_\_\_ التاريخ: ---/---/---- المهنة: \_\_\_\_\_

رقم إجازة الإختصاص الطبي: \_\_\_\_\_ التاريخ: ---/---/----

رقم الترخيص بإدارة المركز: \_\_\_\_\_ التاريخ: ---/---/----

رقم إفادة التسجيل في النقابة: \_\_\_\_\_ التاريخ: ---/---/---- رقم الإنتساب إلى النقابة: \_\_\_\_\_

التعهد المصدق لدى كاتب العدل:

الرقم (العدد): \_\_\_\_\_ التاريخ: ---/---/---- كاتب العدل: \_\_\_\_\_

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

توقيع صاحب الطلب

التاريخ: ---/---/----

#### المستندات المطلوبة:

- نسخة عن الترخيص بإدارة مختبر
- إجازة فتح وإستثمار المنشأة الصحية
- التعهد مصدق لدى كاتب العدل
- إفادة تسجيل في النقابة تعود لعام تقديم الطلب