



استمارة الترخيص للمؤسسة الصحية الخاصة بالإستعانة بأطباء من القطاع الحكومي بدوام جزئي  
Request form for licensing Doctors from Gov. Sector to work as part time at private Est.

بيانات صاحب الطلب:	
Est. Name :	اسم المؤسسة :
License No:	رقم الترخيص :
Tel No :	رقم الهاتف:
Email :	البريد الإلكتروني:

إقرار بتعبئة البيانات من المدير الطبي	
<b>Declaration to be filled by Medical Director</b>	
I ..... hereby declare that the information contained within this application is correct, I will abide by the rules stipulated in Ministerial decree No.26/2012, dated 12/2/2012 , No.29/2018 , dated 14/2/2018.	أقر أنا ..... بان البيانات المتضمنة في هذا الطلب صحيحة , وأن التزم بالضوابط الصادرة بالقرار الوزاري رقم 2012/26م بتاريخ 2012/2/12م ، رقم 2018/29 بتاريخ 2018 /02/14 م .
Signature & Stamp (official)	التوقيع والختم (رسمي )
Date	التاريخ

For Official Use Only :		للاستعمال الرسمي فقط:			
Fees of the service	New	<input type="checkbox"/> Five Hundred Omani Rial ( 500 )	<input type="checkbox"/> خمسمائة ريالاً عمانياً	جديد	رسوم الخدمة
	Renewal	<input type="checkbox"/> Three Hundred Omani Rial ( 300 )	<input type="checkbox"/> ثلاثمائة ريالاً عمانياً	تجديد	
Payment receipt number				تم الدفع بموجب إيصال رقم	
Received data				تاريخ الإستلام	
Signature				توقيع المستلم	
Stamp				الختم	

