



طلب إضافة خدمة (فحص النظر الخاص برخصة قيادة المركبات)

Establishment Details :				بيانات المؤسسة:	
Name:				اسم المؤسسة :	
License No:				رقم الترخيص:	
Commercial Registration No				رقم السجل التجاري	
Contact No:				رقم الهاتف / النقل	
E-mail:				البريد الإلكتروني	
Establishment Type:	محل نظارات Optical Shop	<input type="checkbox"/>	مركز طبي متخصص Specialized Medical Center	<input type="checkbox"/>	نوع المؤسسة
Governorate / Wilayate:	/			المحافظة / الولاية	
Contact No:	/			رقم الهاتف / النقل	
Fax No:				رقم الفاكس	
Service Fees (if approved):				سعر تقديم الخدمة (في حالة الموافقة)	

Medical Staff Details	بيانات الكوادر الصحية
Name	الاسم
License No	رقم الترخيص
Contact No	تقديم الطلب:
Email	البريد الإلكتروني
Signature	التوقيع

أقرت أطالعت على شروط الحصول على تصريح تقديم خدمة فحص النظر المتعلقة برخص القيادة، وأني أتعهد بالالتزام التام بها والتقييد بالسعر المحدد المرفق بالتوقيع، وجميع القرارات المتعلقة بالخدمة أو أية قرارات أخرى تصدرها وزارة الصحة في هذا الشأن. كما أتعهد بتقديم الخدمة من قبل كوادر صحية مرخصة من قبل وزارة الصحة.

الاسم :
التوقيع :
التاريخ :
ختم المؤسسة:

تمت المراجعة بواسطة:

الملاحظات إن وجدت:

.....

اعتماد المدير العام بالمديرية العامة للمؤسسات الصحية الخاصة : التاريخ: