

دائرة تنظيم الطب البديل والتكميلي

Department of Alternative and Complementary Medicine Regulation

قسم تراخيص كوادر الطب البديل والتكميلي

Alternative and Complementary Medicine Practitioners Licensing Section

إستمارة تعديل بيانات الترخيص لممارسي الطب البديل والتكميلي المدرجين تحت نفس السجل التجاري

License amendment form for Alternative and Complementary Medicine Practitioners Under the Same Commercial Registration (CR)

Declaration	تعهد
-------------	------

رقم الترخيص License No	تاريخ انتهاء الترخيص Expiry Date	
الوظيفة Category	طبيب / Physician	فني / Technician
	☐	☐

Full Name		الاسم بالكامل
Designation		التخصص
Civil Number/residence card number		الرقم المدني/رقم بطاقة مقيم
Card Expiry Date		تاريخ انتهاء البطاقة
Email		البريد الالكتروني
Mobile Number		رقم النقال
Name of private health institution transferred from		اسم المؤسسة الصحية الخاصة المنقول منها
Name of private health institution transferred to		اسم المؤسسة الصحية الخاصة المنقول اليها
License no of private health institution transferred to		رقم ترخيص المؤسسة الصحية الخاصة المنقول اليها
Is there an alternative in the private health institution from which you are transferred?	لا (NO) ☐	نعم (Yes) ☐
Is the department available in the private health institution to which you are transferring?	لا (NO) ☐	نعم (Yes) ☐
		هل يوجد بديل في المؤسسة الصحية الخاصة المنقول منها؟
		هل القسم موجود في المؤسسة الصحية الخاصة المنقول إليها؟

دائرة تنظيم الطب البديل والتكميلي

Department of Alternative and Complementary Medicine Regulation

قسم تراخيص كواادر الطب البديل والتكميلي

Alternative and Complementary Medicine Practitioners Licensing Section

Attachment

المرفقات

- | | |
|--|---|
| ☐ Transfer request letter from the private healthcare institution | ☐ رسالة طلب نقل من المؤسسة الصحية الخاصة |
| ☐ Residence card copy | ☐ نسخة من بطاقة مقيم |
| ☐ Copy of the License | ☐ نسخة من الترخيص |

أقر أنا الموقع ادناه بان جميع البيانات المذكورة والمرفقات صحيحة وكاملة وفي حال ثبوت غير ذلك فإنه يحق للجهة المختصة عدم استكمال إجراءات اصدار الترخيص.
الإسم:..... التوقيع:.....

I confirm that all provided information and attachments are accurate. The competent authority may suspend the licensing process if otherwise proven

Name.....

Signature.....