



السيد الدكتور / وكيل وزارة الصحة والسكان بالإسكندرية

تحية طيبة وبعد ،

نحيط علم سيادتكم أنه ورد إلينا نحن / _____

تبرع وفقا لبيانات النموذج المرفق أسفله

م	الجهة المتبرعة	القيمة بالجنيه المصرى		القيمة بالدولار الأمريكى	
		عينى	نقدى	عينى	نقدى
١					

السلطة المختصة لإصدار قرار التبرع	موقف إصدار قرار التبرع	الفرض الوصف	موقف الفحص	جهة الإضافة	موقف الإضافة

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

مدير المركز / المستشفى / الوحدة

رئيس قسم الأسنان
