

وزارة الصحة والسكان

مديرية الشؤون الصحية بالإسكندرية

إدارة العلاج الحر

طلب ترخيص منشأة طبية
(العيادة الطبية الخاصة)

السيد الدكتور / _____

تحية طبية وبعد ،

الرجاء التكرم بالموافقة على ترخيص عيادة خاصة وفقا للبيانات التالية :-

اسم العيادة / _____ رقم التليفون / _____

عنوان العيادة / _____

اسم مالك / مستأجر مقر العيادة / _____

اسم صاحب العيادة المطلوب أن يصدر بالهيئة الترخيص لمزاولة نشاطها / _____

رقم ترخيص مزاولة المهنة له / _____ تخصصه / _____

رقم قيد الأخصائي وتاريخه / _____

اسم المدير الفني المسئول عن العيادة / _____

رقم ترخيص مزاولة المهنة له / _____ تخصصه / _____

عنوانه / _____

بيان العاملين بالعيادة (أطباء / هيئة التمريض)

مرفق قائمة تتضمن (التخصص / رقم ترخيص مزاولة المهنة)

عدد وحدات الأسنان الملاحظة (حتى تاريخ التأشيرة) / _____

المساحة المخصصة لكل وحدة (٨ متر مربع) / _____

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير