

نحوٌ (4)

نموذج تأجيل السفر

رقم الشكوى : تاريخ الشكوى :

١- الأثر المترتب على الإجراء الطبي المشتكى بسببه ؟

..... أخرى تلف عضو فقد منفعة اسم الممارس الصحي وفاة

2- بيانات الممارس الصحي :

الاسم الثلاثي:	رقم الإقامة:	
البريد الإلكتروني:	رقم الجوال:	شخصي :
: عمل	الجنسية:	

3- المرفقات :

نوع التأمين:	<input type="checkbox"/> تأمين ساري المفعول.
نوع التأمين:	<input type="checkbox"/> إخطار شركات التأمين.
نوع التأمين:	<input type="checkbox"/> إفادة الممارس الصحي.
نوع التأمين:	<input type="checkbox"/> وكالة سارية المفعول.
نوع التأمين:	<input type="checkbox"/> كفالة سارية المفعول.

4- سمات المنشأة الصحية محل الشكوى :

نوع المنشأة:	<input type="checkbox"/> حكومي	<input type="checkbox"/> خاص	المدينة:		الحي:	اسم المنشأة الصحية:
--------------	--------------------------------	------------------------------	----------	--	-------	---------------------

5- مبررات تأجيل السفر :

بيانات الموظف المختص :

	الاسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
			الجهة :
	التوقيع :	□ 30 يوم	فترة تأجيل السفر :
			تاريخ الاعتماد:

بيانات مدير الإدارة المختص :

	الاسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
			الجهة :
	التوقيع :		تاريخ الاعتماد:

- يزود الممارس الصحي بصورة من هذا القرار الإداري، ويحق للممارس الصحي التظلم منه.

6- مبررات تمديد تأجيل السفر :

.....

.....

.....

بيانات صاحب الصلاحية :

	الاسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
			الجهة :
	التوقيع :	□ 30 يوم	فترة تأجيل السفر :
			تاريخ الاعتماد:

- يزود الممارس الصحي بصورة من هذا القرار الإداري، ويحق للممارس الصحي التظلم منه.

