

## نموذج (2)

### ب- نموذج بيانات المنشأة الصحية

رقم الشكوى :	تاریخ الشكوى:	
--------------	---------------	--

تنبيه : يلزم تعبئة هذا النموذج لتفادي استدعاء المدير الطبي والممارسين الصحيين لأخذ إفاداتكم حال الشكوى.

#### 1- بيانات المنشأة الصحية:

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

#### 2- بيانات الوكيل الشرعي:

	رقم الهوية:	الاسم الثلاثي:
	رقم الجوال :	البريد الإلكتروني :
	المصدر:	رقم صك الوكالة:
	التوقيع:	التاريخ :

\* يلزم إرفاق صورة من الوكالة / الولاية عند تعبئة هذه الحقول

#### 3- بيانات المدير الطبي:

	رقم الهوية:	الاسم الثلاثي:
	رقم الجوال :	البريد الإلكتروني :
	التوقيع:	تاريخ الاعتماد :

بالتوقيع على هذا النموذج، يتّعهد المدير الطبي للمنشأة ويلتزم بما يلي :

- 1- صحة كافة المعلومات واقتضاء البيانات المقدمة.
- 2- يعد التبليغ عبر الرسائل النصية لرقم الجوال أو البريد الإلكتروني المسجل تبليغاً رسمياً.