

نموذج (2)

ب- نموذج بيانات المنشأة الصحية

رقم الشكوى :	تاريخ الشكوى:	
--------------	---------------	--

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

1- بيانات المنشأة الصحية:

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

2- بيانات الوكيل الشرعي:

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

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

3- بيانات المدير الطبي:

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

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

1- صحة كافة المعلومات واكتمال البيانات المقدمة.

2- يعد التبليغ عبر الرسائل النصية لرقم الجوال أو البريد الإلكتروني المسجل تبليغاً رسمياً.