

نموذج (4)

نموذج تأجيل السفر

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

1- الأثر المترتب على الإجراء الطبي المشتكى بسببه ؟

<input type="checkbox"/> اسم الممارس الصحي وفاة	<input type="checkbox"/> فقد منفعة	<input type="checkbox"/> تلف عضو	<input type="checkbox"/> أخرى
---	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

2- بيانات الممارس الصحي :

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

3- المرفقات :

رقم الوثيقة:	تاريخ الانتهاء :
رقم الوكالة:	تاريخ الوكالة:

☐ تأمين ساري المفعول.
☐ إخطار شركات التأمين.
☐ إفادة الممارس الصحي.
☐ وكالة سارية المفعول.
☐ كفالة سارية المفعول.

4- بيانات المنشأة الصحية محل الشكوى :

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

5- مبررات تأجيل السفر :

.....

.....

بيانات الموظف المختص :

	المسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
			الجهة :
	التوقيع :	<input type="checkbox"/> 30 يوم	فترة تأجيل السفر :
			تاريخ الاعتماد:

بيانات مدير الإدارة المختص :

	المسمى 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 :

	المسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
			الجهة :
	التوقيع :	<input type="checkbox"/> 30 يوم	فترة تأجيل السفر :
			تاريخ الاعتماد:

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

