المديرية العامة للمؤسسات الصحية الخاصة
Directorate General of Private Health Establishments

وزارة الصحـــــــة
Ministry of Health

Complaint Withdrawal Form

استمارة سحب شكوى

Date of Complaint Submission:	**تاريخ تقديم الشكوى**
Patient's Details	**بيانات المريض**
Full Name:	**الاسم الثلاثي:**
Age:	**العمر**
Sex:	**الجنس**
ID / Passport No.	**رقم البطاقة الشخصية/ الجواز**
Address:	**العنوان**
Phone No.	**رقم الهاتف**
E.mail:	**البريد الاليكتروني**
Applicant details (if different than patient)	**بيانات مقدم الشكوى (اذا لم يكن المريض نفسه)**
Full Name	**الاسم الثلاثي:**
Age	**العمر**
Sex	**الجنس**
ID / Passport No.	**رقم البطاقة الشخصية/ الجواز**
Address	**العنوان**
Phone No.	**رقم الهاتف**
E.mail	**البريد الاليكتروني**
Relative Relation:	**صلة القرابة:**
Reasons for withdrawing the complaint	**أسباب سحب الشكوى**
Approval	**الموافقة**
The Directorate has the right to continue the verification of the complaint and to present it for the concerned committees to preserve public interest **Name:** **Signature:** **Date**	**المديرية لها الحق في مواصلة النظر في الشكوى وعرضها عل اللجان المختصة وذلك حفاظا على المصلحة العامة** **الاسم:** **التوقيع:** **التاريخ:**