



إستمارة الترخيص للمؤسسة الصحية الخاصة بالإستعانة بأطباء من القطاع الحكومي بدوام جزئي

Request form for licensing Doctors from Gov. Sector to Work as Part Time at Private Est.

Application Details:		بيانات صاحب الطلب
Est. Name :		إسم المؤسسة:
License No:		رقم الترخيص:
Tel No :		رقم الهاتف:
Email Address :		البريد الالكتروني:

Declaration to be filled by Medical Director		إقرار بتعبئة البيانات من المدير الطبي
I..... أنا..... hereby declare that the information contained within this application is correct, I will abide by the rules stipulated in Ministerial decree No. 71 /2024 dated 05/03/2024 بأن البيانات المتضمنة في هذا الطلب صحيحة ، وأن التزم بالضوابط الصادرة بالقرار الوزاري رقم 71/2024 بتاريخ 2024/03/05		
Signature & Stamp (Official)		التوقيع والختم (رسمي)
Date		التاريخ

For Official Use Only :				للإستعمال الرسمي فقط	
Fees of the service	New	Five Hundred Omani Rial (300 OMR)	خمسمائة (300) ريالاً عمانياً	جديد	رسوم الخدمة
	Renewal	Three Hundred Omani Rial (300 OMR)	ثلاثمائة (300) ريالاً عمانياً	تجديد	
Payment receipt number				تم الدفع بموجب إيصال رقم	
Received data				تاريخ الإستلام	
Signature				توقيع المستلم	
Stamp				الختم	