



استمارة دراسة طلب ترخيص مؤسسة صحية خاصة

Private Health Establishment License Request Evaluation Form

المحترم

الفاضل/مدير دائرة المؤسسات الصحية الخاصة بمحافظة
أقدم أنا المفوض بالتوقيع للحصول على دراسة طلب ترخيص لمؤسسة صحية وفقا للبيانات التالية:

اسم المؤسسة التجارية		رقم السجل التجاري	
رقم الهاتف		البريد الالكتروني	
هل سبق حصولك على ترخيص لمؤسسة صحية أخرى؟		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (اسم وترخيص المؤسسة الصحية):	
نوع المؤسسة الصحية :			
<input type="checkbox"/> مؤسسة صحية	رسوم الدفع 100 ريال	<input type="checkbox"/> مستشفى	رسوم الدفع 300 ريال
المحافظة		الولاية	
حيث اطلعت على جميع القوانين والسياسات المتعلقة بالمؤسسات الصحية الخاصة؛ وعليه فاني اتعهد بالالتزام بكافة الضوابط والسياسات المنظمة للمؤسسات الصحية الخاصة والتقيد بالقوانين والتشريعات بوزارة الصحة كافة. ولن يتم إسترداد المبلغ أو التنازل في حال تسجيل المؤسسة .			
مقدم الطلب : التوقيع وختم المؤسسة التاريخ.....			
الموافقات الرسمية :			
مدير دائرة المؤسسات الصحية الخاصة بالمحافظة:..... التاريخ.....			
تاريخ دفع الايصال	/ /	20 م	رقم إيصال الدفع
اسم موظف مستلم الرسوم			التوقيع والختم
مدير دائرة تراخيص وتقويم المؤسسات الصحية الخاصة:..... التاريخ.....			