



استمارة 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 :		اسم المؤسسة :
License No:		رقم الترخيص :
Tel No :		رقم الهاتف:
Email :		البريد الإلكتروني:

Declaration to be filled by Medical Director		إقرار بتعبئة البيانات من المدير الطبي
I .....	أقر أنا .....	بان البيانات المتضمنة في هذا الطلب صحيحة , وأن التزم بالضوابط الصادرة بالقرار الوزاري رقم 2012/26م بتاريخ 2012/2/12م ، رقم 2018/29 بتاريخ 2018 /02/14 م .
hereby declare that the information contained within this application is correct, I will abide by the rules stipulated in Ministerial decree No.26/2012, dated 12/2/2012 ، No.29/2018 , dated 14/2/2018.		
Signature & Stamp (official)		التوقيع والختم (رسمي )
Date		التاريخ

For Official Use Only :		للاستعمال الرسمي فقط:			
Fees of the service	New	<input type="checkbox"/> Five Hundred Omani Rial ( 500 )	<input type="checkbox"/> خمسمائة ريالاً عمانياً	جديد	رسوم الخدمة
	Renewal	<input type="checkbox"/> Three Hundred Omani Rial ( 300 )	<input type="checkbox"/> ثلاثمائة ريالاً عمانياً	تجديد	
Payment receipt number				تم الدفع بموجب إيصال رقم	
Received data				تاريخ الإستلام	
Signature				توقيع المستلم	
Stamp				الختم	

