

اسم الجهة الطبية: _____ التخصص: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____ الموبايل: _____

البريد الالكتروني: _____

الاسم والتوقيع: _____ الختم: _____

ملاحظة : الرد على الطلب يكون خلال اسبوعين من تاريخ تقديم الطلب

يجب ارفاق الوثائق الاساسية التالية بالنموذج :

- الاطباء : (مزاولة المهنة , شهادة البورد , شهادة نقابة الاطباء , رخصة وزارة الصحة/ مهن , الهوية الشخصية , رقم الايبان)
- الصيدليات / مراكز الاشعة / المختبرات : (مزاولة المهنة , رخصة وزارة الصحة /المهن , السجل التجاري , الاسم التجاري , رقم الايبان)
- باقي الجهات الطبية : (السجل التجاري , الاسم التجاري, رخصة وزارة الصحة / المهن , رقم الايبان , اية اوراق اخرى)

للإستخدام الداخلي (راي رئيس فريق الشبكة الطبية المكلف):

الاسم والتوقيع

راي رئيس فريق الموافقات المكلف :

الاسم والتوقيع

راي رئيس قسم المطالبات :

الاسم والتوقيع

القرار النهائي:

☐ انتظار وحفظ

☐ اعتذار

☐ اعتماد