



نموذج تفويض

أولاً : صفة المفوض	
<input type="checkbox"/> ممارس صحي	<input type="checkbox"/> منشأة صحية
<p>ثانياً: السادة / الهيئة السعودية للتخصصات الصحية نفيدكم بأننا قوضنا / سعودي الجنسية ، رقم الهوية الوطنية :..... هاتف عمل الجوال..... مراجعة الهيئة لإنهاء إجراءات التصنيف والتسجيل المهني ، وله حق التوقيع والإستلام ودفع الرسوم واستلامها نيابة عنا وعن منسوبينا . مدة التفويض : للممارسين الصحيين [الأفراد] : ستة أشهر من / / إلى / / للمنشأة الصحية : سنة واحدة من / / إلى / /</p>	
ثالثاً : التصديق	
للمنشأة الصحية	للأفراد
اسم المنشأة الصحية	اسم الممارس الصحي
الموظف المختص	توقيع
التوقيع	التاريخ
التاريخ	نصادق على صحة توقيع الممارس الصحي وأنه يعمل لدينا حتى تاريخه
	اسم المنشأة الصحية
	الموظف المختص
	التوقيع
	التاريخ
الختم	الختم
<p>ملحوظات :</p> <ul style="list-style-type: none"> • يعبأ [أولاً - ثانياً- ثالثاً] من قبل الممارس الصحي (الأفراد) ، أو المنشأة ويعبأ [رابعاً] من قبل [المندوب / المفوض] • كتابة اسم المندوب حسب بطاقة الهوية الوطنية مع إحضار أصل البطاقة عند المراجعة . • لتفويض الافراد يحفظ التفويض في ملف الممارس الصحي. • لتفويض المنشآت : يجب تقديم نسختين أصل من هذا النموذج ، الأول يبقى مع المندوب والثاني يسلم لإدارة التصنيف والتسجيل المهني ، أو فرع الهيئة . 	
<p>رابعاً: [تعهد بالالتزام بالأنظمة والتعليمات المعمول بها بالهيئة وفي حال عدم الالتزام بها يخق للهيئة إلغاء هذا التفويض بدون أي إشعار مسبق مع تحملي لكل النتائج المترتبة على ذلك] الإسم :..... التوقيع :..... التاريخ.....</p>	