



نموذج صرف بدل الندرة
للممارسين الصحيين العسكريين

المعلومات الشخصية:

الاسم		الرتبة	السجل المدني		
الوظيفة	المستوى	الدرجة			
المستشفى	القسم				
المؤهل	التخصص	التخصص الدقيق			
التصنيف من واقع بطاقة التسجيل المهني		رقم بطاقة التسجيل المهني	تاريخ الانتهاء	/	/ ١٤هـ

أقر بأن جميع المعلومات أعلاه صحيحة الاسم: التوقيع: التاريخ / / ١٤هـ

مصادقة رئاسة الأطباء/الادارة الطبية:

المذكور يمارس تخصصه فعلا نعم لا

الاسم/ الوظيفة/ التوقيع التاريخ / / ١٤هـ

مصادقة ادارة الشؤون الادارية في الجهة الطبية:

نصادق على صحة المعلومات اعلاه

الاسم/ الوظيفة/ التوقيع التاريخ / / ١٤هـ

مصادقة إدارة المستشفى/مركز صحي:

المرتبة/الرتبة:

الاسم/ التاريخ / / ١٤هـ

التوقيع /

مدير مستشفى/ مدير مركز صحي/ الختم الرسمي

مصادقة إدارة الخدمات الطبية:

الموظف المختص	مدير ادارة الضباط	مدير عام إدارة الخدمات الطبية/ مدير إدارة
التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/
الاسم/	الاسم/	الاسم/
التاريخ: / / ١٤هـ	التاريخ: / / ١٤هـ	التاريخ: / / ١٤هـ
الختم الرسمي	الختم الرسمي	التاريخ: / / ١٤هـ