



مديرية ترخيص المهن و المؤسسات الصحية
نموذج طلب ترخيص مؤسسات صحية*

- نوع الترخيص (نوع المؤسسة) -----
- ١- اسم الشركة / المؤسسة : -----
 - ٢- الاسم التجاري : -----
 - ٣- غايات الشركة / المؤسسة : -----
 - ٤- اسم مالك المؤسسة : -----
 - ٥- اسم الفني المسؤول : -----
 - ٦- العنوان الكامل/ المؤسسة : -----
 - ٧- الهاتف الارضي : -----
 - ٨- الهاتف الجوال : -----
 - ٩- الفاكس : -----
 - ١٠- صندوق البريد : -----
 - ١١- البريد الالكتروني : -----
 - ١٢- تاريخ تقديم الطلب : -----
 - ١٣- اسم و توقيع مقدم الطلب : -----

* ترخيص مستشفيات ومختبرات طبية خاصة

* ترخيص مؤسسات صيدلانية ومراكز مهن صحية اخرى

* ترخيص عيادات ومراكز ومختبرات طب الأسنان