**نموذج تظلم على قرار لجنة النظر في مخالفات نظام المؤسسات الصحية الخاصة (2)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ القرار المتظلم منه** | **جهة العمل / المدينة** | **رقم الترخيص / السجل التجاري** | **اسم الشركة / المؤسسة** | معلومات المؤسسة الصحية الخاصة |
|  |  |  |  |
| **البريد الالكتروني** | | **رقم الجوال** | **اسم المفوض / الوكيل** |
|  | |  |  |
|  | | | | موجز التظلم |
| 1. **صورة الهوية\*** 2. **ترخيص المؤسسة\*** | | | | المستندات المرفقة |
|  | | | | الطلبات |
|  | | | | الاسم |
|  | | | | التوقيع |
|  | | | | التاريخ |