



طلب إتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية

بيانات عامة عن المنشأة الصحية

رقم سجل المنشأة لدى المجلس:
المنطقة: المدينة:
تاريخ تقديم الطلب: / / 14 هـ

- (1) إسم المنشأة: (2) نوع المنشأة:
- (3) خارطة لموقع المنشأة (كروكي): مرفقة غير مرفقة
- (4) رقم الهاتف: (5) رقم الفاكس: (6) البريد الإلكتروني:
- (7) المدير المسؤول: الإسم: الجنسية:
- رقم الهاتف: رقم الفاكس: البريد الإلكتروني:
- رقم الهاتف: رقم الفاكس: البريد الإلكتروني:
- (8) المجموعة التابعة لها المنشأة: مقر المركز الرئيسي:
العنوان البريدي: ص ب # المدينة الرمز البريدي
- رقم الهاتف: رقم الفاكس: البريد الإلكتروني:
- (9) تصنيف المنشأة: عيادة مجمع عيادات مجمع طبي عام مجمع طبي متخصص
 مركز جراحة اليوم الواحد مستشفى عام مستشفى تخصصي مستشفى مرجعي (تحويلي)
 مركز علاج طبيعي صيدلية محلات النظارات الطبية مختبر
 محلات الأجهزة والأطراف الصناعية مركز خدمات النقل الإسعافي أخرى: حدد:
- (10) عدد الأطباء في المنشأة: طبيياً.
- (11) حالة المستشفى: عدد الأسرة: سريراً.
- (12) فئة المنشأة (إستناداً على نموذج م/1011): فئة (.....).
- (13) نوعية الخدمات المقدمة: تشخيصية علاجية تشخيصية وعلاجية
- (14) تسديد المقابل المالي السنوي للاعتماد: المبلغ ريال، واسطة:
- بتاريخ: / /