

طلب استخراج كارنيه أو اعتماد شهادة
مع سداد الرسوم المقررة بالخبزينة

اسم الطبيب:

رقم القيد: تاريخه: / /

رقم الترخيص: تاريخه: / /

تسديد الاشتراكات (نقداً/خصماً):

أخصائي/استشاري:

والحاصل على: دور / / ١٩م

تحت رقم: بتاريخ: / /

توقيع الطبيب

توقيع السجلات

.....

.....

تحريراً في / /