



نقابة أطباء مصر
دار الحكمة
لجنة المنشآت الطبية

طلب تسجيل عيادة خاصة
طبقاً للقانون رقم ٥١ لعام ١٩٨١

السيد الدكتور/ رئيس النقابة الفرعية بمحافظة

السلام عليكم ورحمة الله

نرجو التكرم بإرسال طلبي هذا لتسجيل عيادة مشتركة الي النقابة العامة للأطباء واستصدار شهادة منها
بتسجيل العيادة في سجلاتها طبقاً للقانون..... ولسيادتكم البيانات المطلوبة

رقم التسجيل. تاريخ التسجيل / / ١٩ م

اسم الطبيب صاحب العيادة الخاصة رباعي :

رقم قيده بالنقابة :

رقم وتاريخ مزاوله المهنة

اسم العقار الذي به العيادة.....

تخصص الطبيب : رقم القيد بجدول الاخصائيين بالنقابة.....

عنوان العيادة : رقم المنزل..... شارع..... محافظة.....

رقم بريدي : قسم / مركز محافظة.....

عنوان المنزل : رقم المنزل..... شارع.....

رقم بريدي : قسم / مركز : محافظة.....

تليفون العيادة : المنزل..... العمل : محمول.....

التخصص بعد البكالوريوس :

الدرجة التخصص السنة الجامعة الدول

.....

.....

.....

عدد الاسرة (إن وجدت).....

العمل الاصلي : جهة العمل : حكومة قطاع عام قوات مسلحة قطاع خاص طبيب حر

اسم جهة العمل : التبعية محافظة.....

عنوان جهة العمل : رقم..... شارع.....

الرقم البريدي..... قسم..... محافظة.....

الوظيفة التي يشغلها :

رقم الترخيص في مديرية الصحة : تاريخ الترخيص / / ١٩

أتعهد بأن جميع الاوراق المقدمة لتسجيل عيادتي الخاصة سليمة وعلي مسؤوليتي الشخصية ولم يسبق لي تسجيل
عيادة خاصة في أي محافظة من محافظات مصر .
نحريراً في / / ٢٠٠

إمضاء مقدم الطلب

تم سداد الرسم المقرر لخزينة النقابة الفرعية بإيصال رقم :

بتاريخ / / ١٩ أمين صندوق النقابة الفرعية

ملاحظات :

١. يلصق طوابع تمغة مهن طبية فئة خمسون قرشاً

٢. يحرر من أصل وصورة . ويرسل الاصل الي نقابة أطباء مصر وتحفظ بالصورة بالنقابة الفرعية

٣. برجاء عدم الكتابة داخل المستطيلات حيث أنها خاصة بالتكويد