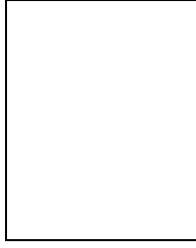




نقابة أطباء مصر  
دار الحكمة  
لجنة المنشآت الطبية

طلب تسجيل عيادة مشتركة  
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 [ ]/[ ]/[ ] م ١٩

اسم العيادة المشتركة .....

عنوان العيادة المشتركة : رقم المنزل ..... شارع .....

حي / بلدة : ..... قسم / مركز ..... محافظة .....

تليفون : .....

اسم صاحب العيادة .....

اسم الطبيب مدير العيادة : .....

رقم قيده بالنقابة : [ ]/[ ]/[ ]/[ ]/[ ]

رقم وتاريخ مزاولة المهنة : .....

رقم قيده بسجل الاخصائيين : ..... التخصص [ ]/[ ]/[ ]

اسم مالك مقر العيادة المشتركة : .....

عدد الاطباء العاملين بالعيادة المشتركة (طبقاً للكشف المرفق) : [ ]/[ ]

عدد الاسرة (وتكتب بالاحرف) : [ ]

رقم الترخيص في مديرية الصحة : [ ]/[ ]/[ ]/[ ] تاريخ الترخيص [ ]/[ ]/[ ] م ١٩

تحريراً في / / ١٩ امضاء مقدم الطلب .....

تم سداد الرسم المقرر لخزينة النقابة الفرعية بلايصال رقم : .....

بتاريخ / / ١٩

أمين صندوق النقابة الفرعية .....

ملاحظات :

١. يلصق طوابع تمغة مهن طبية فئة خمسون قرشاً
٢. يرفق كشف بأسماء الاطباء العاملين وتخصصاتهم وأقام مزاولة المهنة لهم ، وكذلك كشوف بأسماء هيئة التمريض والخدمات المكملة بالعيادة وأرقام تراخيصهم
٣. برجاء عدم الكتابة داخل المستطيلات حيث أنها خاصة بالتكويد