

ع

٢٢٠١٦

استمارة رقم ٣

طلب اجازة فتح عيادة خاصة



اسم الطبيب الثلاثي و اللقب : _____

محل و تاريخ التخرج : **البلد** : _____ **الجامعة او الكلية** : _____

رقم التسجيل في النقابة : _____ **سنة التسجيل** : _____ **مجدد لغاية سنة** : _____

الامر النقابي بتسجيل لقب الاختصاص : **رقم** : _____ **تاريخ** : _____ / /

حقل الاختصاص : _____ **الشهادة** : _____

حقل الممارسة : _____ **الشهادة** : _____

• **عنوان مسكن الطبيب** : _____

المحافظة : _____ **القضاء** : _____ **الناحية** : _____

• **عنوان موقع العيادة** : _____

المحافظة : **البصرة** **القضاء** : _____ **الناحية** : _____

المحلة : _____ **الزقاق** : _____ **رقم الدار** : _____

اقرب نطة دالة : _____ **رقم الموبايل** : _____

• **محل عمل الطبيب الصباحي** : _____

الوزارة : _____ **الدائرة العامة** : _____ **المستشفى او المركز** : _____

الجامعة : _____ **الكلية** : _____

• **نوام العيادة** : **صباحي** : _____

مسائي : _____

رسم اجازة الفتح : ١٠٠٠,٠٠٠ مئة الف دينار عراقي

رقم الوصل : _____

اسم وتوقيع صاحب الطلب

تاريخ تقديم الطلب : ٢٠ / /

اسم وتوقيع المحاسب

٢٠ / /

المرافقات :-

- نسخة مصورة من هوية النقابة لآخر تجديد .
- صورة شخصية عدد ١/
- نسخة من الوصفة الطبية النظامية
- نسخة من الشهادة العليا او الامر النقابي بتسجيل لقب الاختصاص .

هل تعمل في عيادة اخرى ؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد ذلك: