

طلب غلق العيادة الخاصة

اسم الطبيب الثلاثي و اللقب : []

رقم التسجيل في النقابة : [] سنة التسجيل : [] مجدد لغاية سنة : []

الشهادة الحاصل عليها و الاختصاص : []

الامر النقابي بتسجيل لقب الاختصاص : رقم [] تاريخ : / / []

الامر النقابي بفتح العيادة الحالية : رقم [] تاريخ : / / []

تاريخ غلق العيادة : [] / [] / ٢٠ []

• عنوان موقع العيادة :

المحافظة : البصرة القضاء : [] الناحية : []

المحلة : [] اقرب نطة دالة : []

رقم الموبايل : []

محل عمل الطبيب الوظيفي :

الوزارة : [] الدائرة العامة : [] المستشفى او المركز : []

الجامعة : [] الكلية : []

• دوام العيادة : صباحي : [] مسائي : []

رسم معاملة الغلق : ٧٥,٠٠٠ خمسة و سبعون الف دينار عراقي

رقم الوصل : []

اسم وتوقيع صاحب الطلب

اسم وتوقيع المحاسب

تاريخ تقديم الطلب : / / ٢٠ []

/ / ٢٠ []

المرفقات :-

• نسخة مصورة من هوية النقابة لآخر تجديد .

• صورة شخصية عدد ١/

هل تعمل في عيادة اخرى ؟

نعم لا

إذا كانت الاجابة بنعم، يرجى تحديد ذلك: