



Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

Date of Objection: \_\_\_\_\_ تاريخ تقديم الاعتراض: \_\_\_\_\_

No. of The Issued Complain: \_\_\_\_\_ رقم الشكوى: \_\_\_\_\_

Patient Details	بيانات المريض / الشاكي
Full Name:	الاسم الثلاثي:
Sex Male <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
Civil I.D. or Security Card No.:	الرقم المدني أو رقم البطاقة الأمنية:
Passport No.:	رقم جواز السفر:

Personal Details (If not the patient)	بيانات مقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض)
Full Name:	الاسم الثلاثي:
Relation to patient:	صفته:
Sex: Male <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
Civil I.D. or Security Card No.:	الرقم المدني أو رقم البطاقة الأمنية:
Passport No.:	رقم جواز السفر:

Date: / / Ref: المرجع : ج.م.ط / / التاريخ :

<b>Contact Number:</b> Home: _____ Mobile: _____ <b>E-mail:</b> _____	<b>أرقام الاتصال:</b> المنزل: _____ النقل: _____ <b>البريد الالكتروني:</b> _____
<b>Address:</b> Area: _____ Block: _____ Street/Road: _____ Building: _____ House/Flat: _____	<b>العنوان:</b> المنطقة: _____ قطعة: _____ شارع/ جادة: _____ بناية: _____ منزل/ شقة: _____

Date: / / Ref: المرجع : ج.م.ط / / التاريخ :

Reasons for Objection:

ما هي أوجه الاعتراض؟

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

## المرفقات المطلوبة:

- صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر للمريض.
- صورة عن التقرير المعارض عليه
- صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).
- صورة عما يثبت الصفة القانونية لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).

ملاحظة: استلام استمارة تسجيل الاعتراض من قبل جهاز المسؤولية الطبية لا يعني قبول الاعتراض للتحقيق وسيتم إخطاركم في حال رفضه .

Note: The application of the Objection Form to the Authority for Medical Responsibility does not indicate its acceptance. You will be informed if your request was rejected.

أقر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المكتوبة وصحة

المستندات المرفقة مع هذه الاستمارة.

المقر بما فيه

...../الاسم

...../التوقيع

...../الرقم المدني

خاص بالموظفين

	رقم الاعتراض
	تاريخ الإخطار باستلام التقرير:
	تاريخ تقديم الاعتراض