



Ref : _____: المرجع

Date : _____: التاريخ

استمارة الاعتراض (2)
Objection Form (From the Defendant)

Date of Objection:..... /..... /..... تاريخ تقديم الاعتراض: / /.....

No. of The Issued Complain: رقم الشكوى:

No. Decision رقم القرار:

Personal Details (The defendant)	بيانات مقدم الاعتراض (المشكو بحقه)
Full name of the defendant (Health Practitioner):	الاسم الثلاثي للمشكو بحقه (مزاوول المهنة):
job: <input type="checkbox"/> Owner <input type="checkbox"/> Medical Manarer <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Others	المهنة: <input type="checkbox"/> صاحب الترخيص <input type="checkbox"/> المدير الطبي <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> فني <input type="checkbox"/> اخرى
Job title of health practitioner:	المسمى الوظيفي لمزاوول المهنة:
Specialty (If available):.....	التخصص (إن وجد):
Work place:	مكان العمل:
Civil I.D. /Passport No:	الرقم المدني/ رقم جواز السفر:
Legal Representor (If available):	الممثل القانوني (إن وجد):

