



Ref : _____: المرجع

Date : _____: التاريخ

استمارة سحب الاعتراض

Objection Withdrawal Form

Date of Withdrawal: تاريخ سحب الاعتراض:

Objection No (.....) رقم الاعتراض (.....)

Patient Details	بيانات المريض																																								
Full Name:	الاسم الرباعي:																																								
Civil I.D. or Security Card No.: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					الرقم المدني أو رقم البطاقة الأمنية: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Passport No.: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					رقم جواز السفر: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				



Ref : _____: المرجع

Date : _____: التاريخ

Applicant details (If different than Patient)	بيانات مقدم الطلب (إذا لم يكن المريض نفسه)																				
Full Name:	الاسم الرباعي:																				
Relative Relation: (Specify):	صلة القرابة أو الصفة مع السند الدال على ذلك: (حدد):																				
Civil I.D. or Security Card No.: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											الرقم المدني أو رقم البطاقة الأمنية: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Passport No.: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											رقم جواز السفر: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Attachments: <input type="checkbox"/> Copy of Civil I.D. / Security card / Passport <input type="checkbox"/> A copy of what proves the legal status of the complainant (if he is not the patient)	المرفقات: <input type="checkbox"/> صورة البطاقة المدنية / البطاقة الأمنية / جواز السفر <input type="checkbox"/> صورة عما يثبت الصفة القانونية لمقدم الشكوى (ان لم يكن المريض)
---	--



Ref : _____: المرجع: Date : _____: التاريخ:

Important Notes	ملاحظات هامة
<ul style="list-style-type: none">The Authority for Medical Responsibility has the right to continue considering the Objection and submitting it to the relevant committees if the need arises, in order to preserve the public interest.	لجهاز المسؤولية الطبية الحق في مواصلة النظر في الاعتراض وعرضه على اللجان المختصة إذا ما استدعت الحاجة وذلك حفاظاً على المصلحة العامة.

Approval	الموافقة
<p>I, the undersigned, hereby declare that I wish to withdraw the objection submitted to the Authority for Medical Responsibility and I have read all the notes on this form.</p> <p>Applicant Name: _____</p> <p>Signature: _____</p>	<p>اقر انا الموقع أدناه أنني ارغب بسحب الاعتراض المقدم لجهاز المسؤولية الطبية وانني اطلعت على كافة الملاحظات في هذه الاستمارة.</p> <p>اسم مقدم الطلب: _____</p> <p>التوقيع: _____</p>