





Ref : \_\_\_\_\_: المرجع

Date : \_\_\_\_\_: التاريخ

### وسائل التواصل:

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





التاريخ: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ المرجع: \_\_\_\_\_ Ref: \_\_\_\_\_

### المرفقات المطلوبة:

- صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر للمعترض.
  - صورة عن التقرير المعترض عليه.
  - صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).
  - صورة عما يثبت الصفة القانونية (الوكالة) لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).
- ملاحظة:** استلام استمارة تسجيل الاعتراض من قبل جهاز المسؤولية الطبية لا يعني قبول الاعتراض للتحقيق.

**Note:** The application of the Objection Form to the Authority for Medical Responsibility does not indicate its acceptance.

أقر أنا/ ..... الموقع أدناه

- بأن الاعتراض المقدم مني متوافق مع نص المادة 49 من القانون 70 لسنة 2020 بشأن مزاولة مهنة الطب والمهن المساعدة لها وحقوق المرضى والمنشآت الصحية
- وأنه في حال عدم تسليم جهاز المسؤولية الطبية استمارة اعتراض تتضمن مذكرة مسببة خلال خمسة عشرة يوماً من تاريخ استلامي تقرير اللجنة الأولية أو إخطاري بصدوره أو من يمثلني قانونياً سيتم اتخاذ الإجراءات اللازمة وفق النظم المعمول بها دون حاجة لإخطاري أو موافقتي على ذلك.
- أنني سأقدم البيانات المطلوبة بهذه الاستمارة بشكل صحيح بعد قراءة كافة البنود، وأقر بعلمي بأنه لن يتم نظر الاعتراض حتى استيفاء كافة المستندات والبيانات المطلوبة.
- في حال ظهر أن إحدى هذه البيانات تخالف الحقيقة فإني أتحمّل المسؤولية.
- أن جميع البيانات المقدمة تعامل بسرية ومصداقية تامة.
- وفي حالة رغبتني في سحب الاعتراض، يجب على أو من يمثلني قانونياً تعبئة النموذج الخاص بذلك والتوقيع عليه.
- أقر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المكتوبة وصحة المستندات المرفقة مع هذه الاستمارة.

<b>المقر بما فيه:</b>	
الاسم: .....	
التوقيع: .....	
الرقم المدني:	<input type="text"/>

### خاص بالموظفين

رقم الاعتراض:	
تاريخ الإخطار باستلام التقرير:	
تاريخ تقديم الاعتراض:	