

طلب اعتماد جهة طبية Provider accreditation Application

نرجو منكم ملء الاستمارة باللغة التي تفضلونها والتأكد من ملء العنوان بشكل واضح حيث أن العنوان الذي ستختارونه هو الذي سيعتمد لزيارتنا.

Application Date:/...../.....

تاريخ ملء الاستمارة:/...../.....

معلومات إدارية		Administrative Information	
اسم مقدم الخدمة أما هو مسجل في الترخيص الصادر من وزارة الصحة (عربي):			
Provider name in English:		/	
رمز الترخيص:			
License No:		/	
العنوان		Address	
المدينة:	City:	الحي:	Area:
الشارع:	Street:	صندوق البريد:	P.O Box:
أرقام الهاتف:			
Phone No.:		/ / / / /	
البريد الإلكتروني:			
Email Address:			
الموقع الإلكتروني:			
Website:			

مزاولة المهنة، البورد الاردن، الترخيص، رقم الحساب البنكي IBAN، صورة الهوية.

يرجى تزويدنا بالاوراق التالية :

.....
.....