

نموذج تظلم على أوامر العلاج / نفقات العلاج (٤)

الإدارة	جهة العمل / المدينة	رقم الهوية الوطنية	اسم المتظلم	معلومات طالب العلاج
البريد الإلكتروني		رقم الجوال	تاريخ قرار الهيئة الطبية العليا / العامة	
				موجز التظلم
١. صورة من الهوية الوطنية* ٢. تفويض أو وكالة الشخص الذي سوف يتظلم* ٣. . ٤. .				المرقعة المستندات
				الطلبات
				الاسم
				التوقيع
				التاريخ