|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **مقدم الطلب** | | | |
| اسم المنشأة |  | تاريخ الطلب |  |
| المنسق المسؤول |  | التوقيع |  |
| البريد الإلكتروني |  | رقم التواصل |  |
| المدير الطبي |  | التوقيع |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **تفاصيل المستخدمين\*** | | | | | | |
| **مستخدم ١** | الاسم |  | | نوع المستخدم | * مستشفيات * مركز زراعة * قسم أو مركز مرضى فشل عضوي | |
| الهوية |  | |
| رقم الجوال |  | | البريد الالكتروني |  | |
| **مستخدم ٢** | الاسم |  | | نوع المستخدم | * مستشفيات * مركز زراعة * قسم أو مركز مرضى فشل عضوي | |
| الهوية |  | | البريد الالكتروني |  | |
| رقم الجوال |  | |
| **مستخدم ٣** | الاسم |  | | نوع المستخدم | * مستشفيات * مركز زراعة * قسم أو مركز مرضى فشل عضوي | |
| الهوية |  | | البريد الالكتروني |  | |
| رقم الجوال |  | |
| **مستخدم ٤** | الاسم |  | | نوع المستخدم | * مستشفيات * مركز زراعة * قسم أو مركز مرضى فشل عضوي | |
| الهوية |  | | البريد الالكتروني |  | |
| رقم الجوال |  | |
| **مستخدم ٥** | الاسم |  | | نوع المستخدم | * مستشفيات * مركز زراعة * قسم أو مركز مرضى فشل عضوي | |
| الهوية |  | | البريد الالكتروني |  | |
| رقم الجوال |  | |
| **\*يجب أن لا يتجاوز عدد المستخدمين لكل طلب ٥ مستخدمين** | | | **\*يتم تفعيل حساب المستخدم خلال 5يوم من تاريخ رفع الطلب** | | | **\*يجب كتابة البريد الالكتروني الخاص بالمنشأة** |

\*فضلا بعد تعبئة النموذج اعادة ارساله على :Athar@scot.gov.sa