|  |
| --- |
| 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