



بتاريخ/...../.....م

أ. مقدم الطلب			
			اسم المنشأة
			المنسق المسؤول
			البريد الإلكتروني
			المدير الطبي

ب. تفاصيل المستخدمين*				
○ مركز زراعة ○ قسم أو مركز مرضى فشل عضوي	نوع المستخدم		الاسم	مستخدم 1
			الهوية	
	البريد الإلكتروني		رقم الجوال	
○ مركز زراعة ○ قسم أو مركز مرضى فشل عضوي	نوع المستخدم		الاسم	مستخدم 2
			الهوية	
	البريد الإلكتروني		رقم الجوال	
○ مركز زراعة ○ قسم أو مركز مرضى فشل عضوي	نوع المستخدم		الاسم	مستخدم 3
			الهوية	
	البريد الإلكتروني		رقم الجوال	
○ مركز زراعة ○ قسم أو مركز مرضى فشل عضوي	نوع المستخدم		الاسم	مستخدم 4
			الهوية	
	البريد الإلكتروني			