



Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

Date of Objection: ..... تاريخ تقديم الاعتراض: .....

No. of The Issued Complain: ..... رقم الشكوى: .....

Personal Details (The defendant)	بيانات مقدم الاعتراض (المشكو بحقه)
<b>Full name of the defendant (Health Practitioner):</b>	الاسم الثلاثي للمشكو بحقه (مزاوول المهنة):
job: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Others	المهنة: <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> فني <input type="checkbox"/> أخرى
<b>Job title of health practitioner:</b>	المسمى الوظيفي لمزاوول المهنة:
<b>Specialty (If available):</b>	التخصص (إن وجد):
<b>Work place</b>	مكان العمل:
Civil I.D. or Security Card No.:	الرقم المدني أو رقم البطاقة الأمنية:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Passport No.:	رقم جواز السفر:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Legal Representor (If available):</b>	الممثل القانوني (إن وجد):

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

<b>Contact Number:</b> Home: _____ Mobile: _____  <b>E-mail:</b> _____	<b>أرقام الاتصال:</b> المنزل: _____ النقال: _____  <b>البريد الإلكتروني:</b> _____
<b>Address:</b>  Area: _____ Block: _____ Street/Road: _____ Building: _____ House/Flat: _____	<b>العنوان:</b>  المنطقة: _____ قطعة: _____ شارع/جادة: _____ بناية: _____ منزل/شقة: _____

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

Reasons for Objection:

ما هي أوجه الاعتراض؟

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

## المرفقات المطلوبة:

- صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر للمريض.
- صورة عن التقرير المعارض عليه
- صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).
- صورة عما يثبت الصفة القانونية لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).

ملاحظة: استلام استمارة تسجيل الاعتراض من قبل جهاز المسؤولية الطبية لا يعني قبول الاعتراض للتحقيق وسيتم إخطاركم في حال رفضه .

Note: The application of the Objection Form to the Authority for Medical Responsibility does not indicate its acceptance. You will be informed if your request was rejected.

أقر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المكتوبة وصحة

المستندات المرفقة مع هذه الاستمارة.

المقر بما فيه

...../الاسم

...../التوقيع

...../الرقم المدني

خاص بالموظفين

	رقم الاعتراض
	تاريخ الإخطار باستلام التقرير:
	تاريخ تقديم الاعتراض