**استمارة الاعتماد المؤسسي للتطوير المهني**

|  |
| --- |
| **بيانات مقدم الخدمة** |

|  |
| --- |
| **اسم مقدمة الخدمة باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **اسم مقدم الخدمة باللغة الإنجليزية:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **دولة المقر** | **الموقع الالكتروني** | **رقم التليفون** | **البريد الالكتروني:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مقدم الخدمة** | **المدينة** | **البريد** | **الكود البريدي** |

|  |
| --- |
| **نبذة عن مقدم الخدمة** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **رقم التواصل الرسمي** | **سنة التقديم** | **مكان التقديم:** |
| * **(ارفق) استمارة التقديم** | | |

|  |
| --- |
| **خاص بالجمعيات والمؤسسات العلمية والشركات الخاصة**  **اسم الجهة:**  **أعضاء مجلس (الإدارة):**  **أعضاء المجلس العلمي (الاستشاري)** |

|  |
| --- |
| **جهة الاتصال** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الوظيفة داخل المؤسسة:** | **الاسم رباعي** | **المنصب في المؤسسة:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الوظيفة** | **رقم التليفون** | **البريد الالكتروني**: |

|  |  |
| --- | --- |
| **العنوان:** | **الرقم القومي:** |
| **\* يرفق نسخة من بطاقة الرقم القومي** | |

|  |
| --- |
| **خاص بالمكتب** |
| **اسم المتقدم للخدمة:**  **المستلم: تاريخ الاستلام: رقم التقدم:** |

|  |
| --- |
| **تعهـــــــــــــــــــد** |

**تعهد من مقدمي الخدمة (الكيان المقدم للخدمة)**

**أُقــر أنــا /**

**بانني المسؤول المُباشر للتقدم للاعتماد المؤسسي عن :**

**التابع الي: المُقدمة للاعتماد برقم :**

**بصحة كافة البيانات المُقدمة مني، وأنني قد اطلعت علي القواعد والمعايير العامة المُنظمة لأنشطة التطوير المهني المُستمر لمجال الطب البشري، والصادرة عن المجلس الصحي المصري، فضلاً عن النصوص الحاكمة المُشار إليها، وأتعهد بالالتزام بها وبأي تعديلات أو إضافات لها من قِبل المجلس.**

**التوقيع التاريخ ختم المُنشأة**