|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **بيانات جهة التدريب** | | | | | |
| **اسم الكلية:** | | | | | |
| **اسم المرفق الصحي:** | | | | | |
| 1. **البيانات البنكية** | | | | | |
| **الاسم الرسمي الذي يصدر باسم الشيك .......................................................................................** | | | | | |
| **اسم البنك:** | |  | | | |
| **رقم الآيبان ( يرفق صورة معتمدة من البنك)** | |  | | | |
| 1. **الأوراق الثبوتية للمرفق الصحي (للمرافق الخاصة فقط)** | | | | | |
| 1. **نسخة من السجل التجاري** | | * **مرفق** | | | |
| 1. **نسخة من نموذج السعودة** | | * **مرفق** | | | |
| 1. **نسخة من التأمينات** | | * **مرفق** | | | |
| 1. **نسخة من نموذج الزكاة و الدخل** | | * **مرفق** | | | |
| 1. **نسخة من شهادة الاعتماد** | | * **JCI** | * **CBAHI** | | |
| 1. **بيانات التدريب** | | | | | |
| * **مقررات تدريب إكلينيكي** | | | **عدد الطالبات** | **تاريخ البدء** | **تاريخ الانتهاء** |
|  |  |  |
| * **امتياز** | | | **عدد الطالبات** | **تاريخ البدء** | **تاريخ الانتهاء** |
|  |  |  |
| 1. **تكلفة التدريب الاجمالية (حسب الاتفاقية)** | | | | | |
| **رقماً** |  | | | | |
| **كتابة** |  | | | | |
| 1. **مطابقة المسؤول في المرفق الصحي** | | | | | |
| **المنصب:** | | | | | |
| **الاسم:** | | | **التوقيع:** | | |

**ملاحظات: الختم الرسمي للمستشفى**

1. **يرسل هذا النموذج الى الكلية المعنية بعد تعبئته من الجهة المسؤولة في المرفق الصحي ويطبع على نماذج المرفق الصحي**
2. **يتحمل المرفق الصحي أي خطأ ناجم عن عدم صحة المعلومات في هذا النموذج.**