|  |
| --- |
| 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.**