



طلب إعادة النظر في تعويض الفواتير الطبية

ملاحظة: سوف تقوم اللجنة الطبية بالاجتماع كل اسبوعين لدراسة هذا الطلبات

First: Basic info for SACM Sponsored Student

أولاً: البيانات الأساسية (للمبتعث)

إسم المبتعث (باللغة العربية)									
رقم السجل المدني									
جهة الابتعاث بالمملكة									
رقم الطلب السابق					نوع العلاج				
أسباب الرفض									

ثانياً: مبررات المبتعث (اكتب هنا وجهة الاعتراض على رفض الطلب أو المبررات التي لديك) إذا كانت المساحة غير كافية.

Third: Declaration

ثالثاً: إقرار بصحة المعلومات

أقر أنا المبتعث الموقع أدناه بأن جميع المعلومات الموضحة
أعلاه صحيحة، وأتحمل كامل المسؤولية وأكون عرضة للجزاء إذا تبين خلاف ذلك .

رقم الهوية (المبتعث) _____ التاريخ _____ التوقيع _____

رابعاً: (خاص بالملحقة)

توصيات اللجنة الطبية:

أعضاء اللجنة الطبية

الاسم	الاسم	الاسم	الاسم	الاسم	الاسم	الاسم	الاسم
التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ
التوقيع	التوقيع	التوقيع	التوقيع	التوقيع	التوقيع	التوقيع	التوقيع

مع التحية لسعادة الملحق وحيث تم دراسة الطلب ومراجعته وتحقيقه أمل التوجيه بالصرف وإستكمال الإجراء نظاماً.

مدير الشؤون المالية