|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المعلومات الشخصية** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الاسم الاول** | | **اسم الاب** | | | **اسم الجد** | | | | | | | **لقب العائلة** | | | | **تاريخ الميلاد** | | | | | **مكان الميلاد** | |
|  | |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| **رقــم الهوية الوطنية / هوية مقيم** | | | | **رقم الحفظ** | | | | | **المصدر** | | | | | | **تاريخ الإصدار** | | | | | **تاريخ الانتهاء** | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| **رقــم جواز السفر** | | | | **مكان الإصدار** | | | | | | | | | **تاريخ الإصدار** | | | | | | | **تاريخ الانتهاء** | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
| **عنوان سكن**  **المندوب** | | | **المدينة** | | | | | **الحي** | | | | | | **رقم الاتصال**  **بالمندوب** | | | | | **الجوال** | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| **معلومات الشركة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **المؤسسة / الشركة التابع لها** | | | | | | | | | | | **الغرض من الدخول** | | | | | | | | | | | **الفئة** |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **المندوبين** |
| **عنوان المؤسسة / الشركة** | | | | | | | **أرقام الاتصال بالشركة** | | | | | | | | | | | **الختم الرسمي للمؤسسة / الشركة** | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **تاريخ بداية العقد مع المستشفى** | | | | | | | **تاريخ نهاية العقد مع المستشفى** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **إقرار وتعهد** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أقر أنا الموقع أدناه بأن جميع المعلومات أعلاه صحيحة، وأتعهد بالمحافظة على البطاقة وأن أعيدها الى مصدرها عند إنهاء العمل.\* فقدانها أو عدم تجديدها يترتب عليه عقوبات مالية وإدارية. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الاسم** |  | | | | | **التوقيع** | | | |  | | | | | | | **التاريخ** | | |  | | |
| **المرفقات** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\* صورة من الهوية الوطنية (للسعوديين)/ هوية مقيم وجواز السفر (لغير السعوديين).\* صورة العقد المبرم مع المستشفى مبين بها مدة العقد وتاريخ بدايته وانتهائه. \* مبلغ تأمين 500 ريال.\* صورة شخصية بخلفية بيضاء.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **اصدار جديد** |  | **تجديد** |  | **بدل فاقد** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **للاستخدام الرسمي** | | | | | | | | | | | | | | |
| **التزكيات** |  | **تم إنهاء اجراءات التزكية الأمنية.** | | |  | **حالة الإصدار** | | |  | **جديد** | |  | | **لديه ملف سابق……..….** |
|  | **لم يتم إنهاء إجراءات التزكية الأمنية .** | | | **مكتمل المرفقات** | | |  | **نعم** | |  | | **لا** |
| **التصاريح** | **تاريخ طلب التصريح** | | | **تاريخ انتهاء التصريح** | | **الموظف المختص** | | | | | | | | |
| **/ / 20م** | | | **/ / 20م** | | **الاسم** |  | | | | **التوقيع** | |  | |
| **ضابط التصاريح الامنية** |  | | **لا مانع** | | | **اعتماد ضابط الامن** |  | **لا مانع** | | | | | | |
|  | | **آخري : ..........................................................................** | | |  | **آخري : ....................................................................** | | | | | | |
| **الرائد**  **محمد بن سعد الجهني** | | | | | **العقيد**  **حمود بن عبدالله الصغير** | | | | | | | |

**نموذج طلب بطاقة موقع للشركات**

**(سري بعد التعبئة)**

المملكة العربية السعودية

وزارة الدفاع

الإدارة العامة للخدمات الصحية

مستشفى الملك فهد للقوات المسلحة بجده

الامن - التصاريح الامنية

**\*تعبئة النموذج كاملاً ثم طباعته...**

رقم التصريح



**الصورة الشخصية**

**ماجد الغامدي**