



نموذج طلب تعاقد

رقم الطلب () تاريخ الطلب (/ /)

بيانات مقدم الخدمة

أسم الجهة :
التصنيف : مستشفى مركز علاج معمل تحاليل مركز اشعة مركز علاج طبيعي صيدلية أطباء
التخصص :
المحافظة :
العنوان :
رقم السجل التجارى :
التليفون :
البريد الإلكتروني :
بيانات مسنول التواصل :
الاسم :
البطاقة الضريبية :
الفاكس :
رقم الهاتف :
رقم الهاتف :

رقم المرفق	وصف المرفق	نوع المرفق

بيانات مقدم الطلب

الاسم :
التوقيع :
الوظيفة :
الرقم القومى :