**إقرار تنازل عن شكوى على المنشآت الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة ووقاية المجتمع**

**بيانات صاحب الشكوى / بيانات المنشأة الصحية الخاصة / بيانات الكادر الطبي والفني**

أقر أنا السيد/ السيدة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الجنسية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

بأنني قد تنازلت عن الشكوى المقدمة ضد (اسم المنشأة الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة ووقاية المجتمع): منطقة:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ضد الطبيب:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تخصص: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

والذي يعمل حاليا بـــ (اسم المنشأة الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة ووقاية المجتمع التي يتبعها الطبيب): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**وذلك وفقا للبنود التالي:**

اسم المدير الفني : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_توقيع المدير الفني للمنشأة الصحية الخاصة:

اسم مقدم الشكوى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيع مقدم الشكوى:

اسم الطبيب المعالج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيع الطبيب المعالج:

تاريخ التنازل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_