



**طلب تغيير مرافق في الخارج / Request for Change of Escort**

للمرة الأولى  الثانية  الثالثة  أخرى

**بيانات المريض:**

اسم المريض :	الرقم الشخصي :
رقم الملف: م/ ب :	تاريخ الموافقة:
جهة العلاج :	
رمز الموافقة: <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> أخرى	

**بيانات المرافق:**

اسم المرافق الحالي :	اسم المرافق البديل :
الرقم الشخصي :	تاريخ الميلاد :
الجنسية : <input type="checkbox"/> قطري <input type="checkbox"/> أخرى تذكر	
صلة القرابة بالمريض :	
اعتباراً من تاريخ : / /	
المرافق الجديد يحتاج خطاباً لجهة العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم جهة العمل: (في حال المرافق يعمل بجهات عسكرية يرجى تزويدنا بكتاب ممانعة من جهة العمل)	
رقم الوظيفة: / /	

توقيع المريض أو مقدم الطلب : / / التاريخ

**المرفقات:**

- \* نسخة من جواز سفر المرافق البديل
- \* نسخة إقامة سارية في قطر إن لم يكن قطري أو من أبناء مجلس التعاون
- \* صورة من ختم دخول جهة العلاج للمرافق البديل
- \* يشترط في عمر المرافق أن يكون ( 18 سنة حتى 65 سنة )

**Medical Attaché :**

الملحق الطبي :

Arrival Date of Patient : / /	تاريخ وصول المريض :
Valid Extension Till :	صلاحية التمديد حتى :
Signature : -----	اعتماد الملحق الطبي :

For the information of MRTA Department

ادارة العلاقات الطبية والعلاج بالخارج ( للعلم )

has been labeled as public information



**طلب تغيير مرافق في الخارج / Request for Change of Escort**

للمرة الأولى  الثانية  الثالثة  أخرى

بيانات المريض:

اسم المريض :	الرقم الشخصي :
رقم الملف: م/ ب :	تاريخ الموافقة:
جهة العلاج :	
رمز الموافقة: <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> أخرى	

بيانات المرافق:

اسم المرافق الحالي :	اسم المرافق البديل :
الرقم الشخصي :	تاريخ الميلاد :
الجنسية : <input type="checkbox"/> قطري <input type="checkbox"/> أخرى تذكر	
صلة القرابة بالمريض :	
اعتباراً من تاريخ : / /	
المرافق الجديد يحتاج خطاباً لجهة العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم جهة العمل: (في حال المرافق يعمل بجهات عسكرية يرجى تزويدنا بكتاب ممانعة من جهة العمل)	
رقم الوظيفة: / /	

توقيع المريض أو مقدم الطلب : / / التاريخ

المرفقات:

- \* نسخة من جواز سفر المرافق البديل
- \* نسخة إقامة سارية في قطر إن لم يكن قطري أو من أبناء مجلس التعاون
- \* صورة من ختم دخول جهة العلاج للمرافق البديل
- \* يشترط في عمر المرافق أن يكون ( 18 سنة حتى 65 سنة )

Medical Attaché :

الملحق الطبي :

Arrival Date of Patient : / /	تاريخ وصول المريض :
Valid Extension Till :	صلاحية التمديد حتى :
Signature : -----	اعتماد الملحق الطبي :

For the information of MRTA Department

ادارة العلاقات الطبية والعلاج بالخارج ( للعلم )

This form is labeled as public information