**نموذج طلب نقل فرع**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **معلومات مقدم الطلب**  | **الاسم** |  |
| **رقم السجل المدني** |  | **تاريخها** |  |
| **الجنسية**  |  |
| **وسيلة التواصل** | **هاتف** | **جوال** | **ايميل** | **أخرى** |
|  |  |  |  |
| **معلومات المنشأة**  | **أسم المنشأة** |  | **رقم ترخيص المنشأة**  | **تاريخ الاصدار** |  |
|  | **تاريخ الانتهاء** |  |
| **الموقع القديم** | **العنوان الوطني**  | **المدينة** | **الحي**  | **الشارع** |
|  |  |  |  |  |
| **الموقع الجديد**  | **العنوان الوطني** | **المدينة** | **الحي** | **الشارع** |
|  |  |  |  |  |
| **تعهد صاحب الطلب** | **اقر واتعهد بالتالي:*** **بصحة المعلومات الواردة اعلاه.**
* **عدم تشغيل المنشأة الا بعد الحصول على الترخيص النهائي.**
* **ابلاغ المركز الوطني باي تعديل يتم في معلومات او اجراءات او القوى العاملة في المنشأة خلال مدة 24 ساعة من حدوث التغيير.**
* **عدم تشغيل أي موظفين دون ارتباطهم بعقد عمل رسمي مع المنشأة وكفالة نظامية تحت المنشأة لغير السعوديين.**
* **توقيع وتقديم هذا النموذج خلال 48 ساعة ويعتبر ملغي في حال تجاوز المدة من تاريخه.**

**وأتحمل المسئولية الكاملة في حال حدوث أي من ذالك, وللمركز الوطني للطب البديل والتكميلي الحق في أتخاذ ما يراه مناسبآ للمسائلة القانونية احيال ذالك .** **اسم مقدم الطلب التاريخ التوقيع المعتمد** |
| **اجراءات ادارة التراخيص والرقابة** | **تدقيق** | **اسم الموظف**  | **التوقيع** | **التاريخ** |
|  |  |  |
| **الموافقة** | **رئيس قسم التراخيص** | **التوقيع** | **التاريخ** |
|  |  |  |
| **اعتماد**  | **مدير ادارة التراخيص** | **التوقيع** | **التاريخ** |
|  |  |  |

**المتطلبات:**

* **بطاقة الهوية**
* **رخصة البلدية**
* **السجل التجاري**
* **أصل ترخيص المنشأة الصادر من المركز الوطني للطب البديل والتكميلي**
* **عقد إيجار المنشأة**

 **نموذج رقم 5**