**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**