

رقم المعاملة:.....

تاريخ المعاملة:.....



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
مديرية مراكز خدمة المواطن
مركز خدمة المواطن التخصصي الأول

إلى مديرية مراكز خدمة المواطن
استمارة صورة طبق الأصل

• بيانات الممثل المحلي:

الاسم (تاجر/شركة)

رقم الجوال

• يرجى الموافقة على منحي صورة طبق الأصل عن :

العدد	رقم الوثيقة	الوثائق المطلوب تصديقها

• الأوراق المطلوبة:

١. كتاب تفويض للشخص المفوض بتسيير أمور المعاملة من قبل الشركة المحلية ممهور بختم الشركة.

٢. صورة الهوية الشخصية للقائم بالمعاملة.

• التوقيع بصحة المعلومات والمرفقات والختم

اسم موظف المكتب الأمامي:
التوقيع

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:
التوقيع:

التاريخ: / / م

• ملاحظة: يرجى احضار صورة واضحة عن الوثيقة الأصلية ولايقبل تصديق صورة عن طبق الأصل.

العنوان: وزارة الصحة – مجمع الميسات - مديرية مراكز خدمة المواطن- مركز خدمة المواطن التخصصي الأول
E-mail: SC.dir@moh.gov.sy Tel: 0112742912 / 0112748082