

رقم المعاملة:.....

تاريخ المعاملة:.....



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

إلى مديرية مراكز خدمة المواطن
استمارة بدل ضائع / بدل تالف

• بيانات الممثل المحلي:

الاسم (تاجر/شركة):

رقم الجوال:

يرجى الموافقة على منحي بدل ضائع بدل تالف عن مايلي:

.....

• الأوراق المطلوبة:

1. كتاب تفويض للشخص المفوض بتسيير أمور المعاملة من قبل الشركة المحلية ممهور بختم الشركة.
2. صورة الهوية الشخصية للقائم بالمعاملة.

اسم موظف المكتب الأمامي:
التوقيع

الاسم الثلاثي لمقدم الطلب:
التوقيع:

التاريخ: / / م

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