

محافظة قنا

مديرية الشؤون الصحية
إدارة/ قسم العلاج الحر

طلب ترخيص بفتح محل تجهيز وبيع النظارات الطبية

السيد الدكتور /

تحية طيبة وبعد

أرجو الموافقة على الترخيص بفتح محل لتجهيز وبيع النظارات الطبية ، وفقا للبيانات التالية :

بيانات خاصة بطلب الترخيص :

إسم ولقب طالب الترخيص : عنوان السكن:

جنسيته : السن :

رقم وتاريخ مزاولة مهنة تجهيز النظارات الطبية :

بيانات خاصة بالمنشأة محل الترخيص :

عنوان المحل : الإسم التجارى للمحل

فى حالة إستقلال عملية التجهيز عن عملية البيع يوضح فيما يلى عنوان كل محل منهما على حده :

عنوان محل البيع :

عنوان محل التجهيز :

تاريخ طلب الترخيص :

إقرار

أقر أنا بأنى سوف أقوم بتقديم صورة البطاقة الضريبية وصورة
السجل التجارى خلال ثلاث شهور من تاريخ حصولى على الترخيص .

توقيع طالب الترخيص
()

إيصال

استلمت أنا الطلب المقدم من السيد

يشأن مستوفياً كافة متطلبات الحصول على الخدمة

(المستندات / الرسوم) وقيد الطلب برقم بتاريخ / /

التاريخ المحدد لإنجاز الخدمة / /

توقيع الموظف المختص
()