

نموذج طلب صرف بدل ندرة للأطباء

1. الطلب:

تاريخ الطلب: / / 14هـ طبيب استشاري طبيب نائب

اسم الطبيب:	القسم:	الرقم الوظيفي:
-------------	--------	----------------

الدرجة العلمية	التخصص العام
الفئة الوظيفية	التخصص الدقيق

سعادة مشرف قسم شؤون الموظفين بمستشفى الأسنان الجامعي حفظه الله

ارفق لسعادتك بطيه المستندات المطلوبة لصرف بدل الندرة .. برجاء التكرم بالتوجيه لمن يلزم لإكمال اللازم نحو ذلك

الاسم : التوقيع:

2. الإحالة:

سعادة وكيل الكلية المدير لمستشفى الأسنان الجامعي حفظه الله

نرفق لسعادتك الطلب المقدم من الطبيب الموضحه بياناته أعلاه والمتضمن المرفقات الخاصة لطلب بدل الندرة.

مشرف قسم شؤون الموظفين بمستشفى الأسنان الجامعي

الاسم : التوقيع:

سعادة مدير عام إدارة شؤون الموظفين حفظه الله

نرفق لسعادتك الطلب المقدم من الطبيب الموضحه بياناته أعلاه والمتضمن المرفقات الخاصة لمتطلبات صرف بدل الندرة.

وكيل الكلية المدير لمستشفى الأسنان الجامعي

الاسم : التوقيع:

متطلبات صرف بدل الندرة المطلوبة إرفاقها:

1. شهادة التصنيف المهني.

2. إفادة وظيفية.

3. بطاقة التسجيل المهني سارية الصلاحية.

4. إفادة من القسم بممارسته الفعلية للتخصص.