



## نموذج طلب عقد نشاط

(بيت الخبرة)

Ref.

FA-002

Rev

0

				<b>جهة المنظمة للفعالية</b>	
التوقيع:				<b>اسم المشرف على الفعالية</b>	
اختبار <input type="checkbox"/>		برنامج <input type="checkbox"/>		دورة تدريبية <input type="checkbox"/>	
		مؤتمر <input type="checkbox"/>		ورشة عمل <input type="checkbox"/>	
				أخرى:	
<b>تاريخ الفعالية:</b>				<b>اسم الفعالية</b>	
				رقم الجوال	
				البريد الإلكتروني	
				داخلي <input type="checkbox"/>	
				خارجي:..... <input type="checkbox"/>	
				غرف صغيرة: ( ) <input type="checkbox"/>	
				غرف كبيرة: ( ) <input type="checkbox"/>	
				محاكاة أولية Low Fidelity <input type="checkbox"/>	
				محاكاة عالية الدقة High Fidelity <input type="checkbox"/>	
المريض الافتراضي SP <input type="checkbox"/>		محاكاة افتراضية Virtual <input type="checkbox"/>		محاكاة متوسطة Med Fidelity <input type="checkbox"/>	
				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
لا أرغب في طلب ساعات تعليمية <input type="checkbox"/>		أرغب في طلب ساعات تعليمية <input type="checkbox"/>		في حال طلب ساعات التعليم المستمر معتمدة من هيئة التخصصات الصحية، يلتزم المشرف على الفعالية باستكمال إجراءات الطلب ودفع الرسوم:	
				<b>عدد المشاركين في الفعالية</b>	
<b>رسوم الاشتراك للشخص الواحد</b>				منسوبي جامعة الملك عبدالعزيز ( ) <input type="checkbox"/>	
				طلاب ( ) <input type="checkbox"/>	
				ممارسين صحيين ( ) <input type="checkbox"/>	
				غير منسوبي الجامعة ( ) <input type="checkbox"/>	
				<b>رسوم حجز خدمات داخل المركز</b>	
رسوم خدمات في بدون دمي <input type="text"/>		رسوم دمي محاكاة بدون فني <input type="text"/>		<b>رسوم حجز خدمات خارج المركز</b>	
رسوم خدمات المريض الافتراضي (عدد) <input type="text"/>		رسوم دمي محاكاة مع خدمات فني <input type="text"/>			
				<b>طريقة الدفع</b>	
				رقم إيصال الدفع	

### تعليمات إتمام إجراءات الحجز :

وفقا لتعليمات وأنظمة بيت الخبرة والمتعلقة بتنظيم عقد الأنشطة وورش العمل، بضرورة الحصول على الموافقة الكتابية وإنهاء جميع الإجراءات والمطالبات قبل تاريخ انعقاد النشاط بشهر على الأقل، فعليه يجب الالتزام بما يلي:

1. تودع جميع رسوم النشاط في حساب مركز المهارات والمحاكاة السريرية، ببنك سامبا رقم (SA-264-000-000-47018-78219)
2. ارسال صورة الإيداع او التحويل الى البريد الإلكتروني med.csc@kau.edu.sa
3. في حال الاستفسار يمكن الاتصال على إدارة المركز: هاتف: +966126401000 تحويلة: 14604 – 14605 - 14600

### لاستخدام الرسمي فقط:

مكتمل  غير مكتمل  الموافقة  عدم الموافقة

العرض على اللجنة: .....

تاريخ الاعتماد:

توقيع صاحب الصلاحية: