



نموذج طلب عقد نشاط

(بيت الخبرة)

Ref. FA-002

Rev 0

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