**نموذج الإقرار بتلقي الدعم المالي/العيني**

Receiving payments Declaration of

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Recipient Type** | Healthcare Provider | | Healthcare Institutions | مؤسسة صحية | ممارس صحي | **المتلقي** |
| **Form of Payment** | Cash | In‐kind items and services (must mention it): | | (يجب ذكرها): عيني | مالي | **نوع الدعم** |
| **Payment Amount** |  | | |  | | **قيمة الدعم** |
| **Purpose** | Consulting Fees  Scientific Lectures Fees  Food and Beverage  Research fees  Training courses fees  Sponsorship of seminars, events and Conferences fees  Other (must mention it): | | | رسوم استشارة  رسوم المحاضرات العلمية  ضيافة  رسوم أبحاث  رسوم الدورات التدريبية  رسوم رعاية الندوات والفعاليات والمؤتمرات  أخرى (يجب ذكرها): | | **سبب الدعم** |

\*ملاحظة: يمكنك كممارس صحي مراجعة البيانات عبر التسجيل في بوابة الإفصاح والشفافية بنفس البريد الالكتروني المقدم للشركة.

\*Note: As Healthcare Providers, you can review the data through the registration in Disclosure and Transparency system with the same Email provided to the company.

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | اسم متلقي الدعم: |
| ID \Professional Classification Number: | رقم الهوية / التصنيف والتسجيل المهني: |
| Mobile Number: | رقم الجوال: |
| Email: | البريد الإلكتروني: |
| Signature: | التوقيع: |
| Date: | التاريخ (ميلادي): |
| Company representative name : | اسم ممثل الشركة: |
| Position: | المنصب: |
| Mobile Number: | رقم الجوال: |
| Signature: | التوقيع: |
| Date: | التاريخ (ميلادي): |