**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):  |