

## تعريف ببرنامج إتاحة الخدمات الطبية:

بیان المالک

أشهد بـ:

يقيم في العنوان  
والذي أملكه/أديره قانونياً.

أقر بأن المعلومات المذكورة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة و كاملة.

يُرجى كتابة الاسم الأول واسم العائلة لمالك/مدير العقار

توقيع المالك/مدير العقار

رقم هاتف المالك/مدير العقار التارikh:



