

## قصاصة طلب الحصول على نسخة من دليل حسن تطبيق الإجراءات الصحية

اسم المؤسسة: .....

رقم الهاتف والفاكس: .....

البريد الإلكتروني: .....

اسم دليل حسن تطبيق الإجراءات الصحية: .....

عدد النسخ: .....

الإمضاء