

PROVIDER APPLICATION FORM

إستمارة مزود الخدمات الطبية

Name of Facility اسم المنشأة			
MOH/DHA/HAAD LIC. No. رقم رخصة وزارة الصحة/DHA/HAAD			
Address العنوان			
Country/City البلد/المدينة			
Telephone No. رقم الهاتف		P.O. Box رقم البريد	
Email البريد الإلكتروني		Fax No. رقم الفاكس	
Discount (In%) نسبة الخصم %			
Name-Signing Authority اسم المخول بالتوقيع			
Designation المسمى الوظيفي			
Insurance Coordinator Name اسم منسق التأمين		Designation المسمى الوظيفي	
Contact No. رقم الهاتف			
1			
2			
3			

Account Name اسم الحساب			
Bank Name اسم البنك	Branch الفرع		
Account No. رقم الحساب			
IBAN			

Please ensure the name of the Bank Account Holder is the same as the name listed under "Name of Provider."

الرجاء التأكد من أن اسم الحساب هو نفس اسم "مزود الخدمات"

Type of internet connection نوع خدمة الانترنت	
Do you have lab facility in your clinic? هل لديك مختبر طبي في العيادة؟	

Kindly attach the following documents

الرجاء تزويدنا بالمستندات التالية:

1	Trade License Copy نسخة من الرخصة التجارية	<input type="checkbox"/>	2	MOH License Copy نسخة من ترخيص وزارة الصحة	<input type="checkbox"/>
3	License Copy of the Doctors نسخة من رخصة الأطباء	<input type="checkbox"/>	4	CPT Coded Pricelist قائمة المصطلحات الإجرائية الحالية المسعرة CPT	<input type="checkbox"/>

We hereby consent to be added as a provider of medical service to the panel of IRIS Health Provider Panel.

أقر بإضافة منشأتنا إلى قائمة مزود الخدمات الطبية لدي أي أو أس للخدمات الصحية

Seal of the Clinic/Medical Center/Pharmacy:
ختم المنشأة

Date
التاريخ