

**نموذج طلب الموافقةعلى نقل كفالة**

**Application for Approval of Sponsorship**

**Transfer**



|  |  |
| --- | --- |
| **Waiver Sponsor Informationبيانات الكفيل المتنازل** | |
| ○Establishment ○ Company شركة ○ مؤسسة ○ | |
| Establishment Name (in Arabic): اسم المنشأة باللغة العربية: | |
| Establishment Name (in English): اسم المنشأة باللغة الانجليزية: | |
| Business Registration Certificate No.: رقم السجل التجاري: | |
| **New Sponsor Informationبيانات الكفيل الجديد** | |
| ○Establishment ○ Company شركة ○ مؤسسة ○ | |
| Establishment Name (in Arabic): اسم المنشأة باللغة العربية: | |
| Establishment Name (in English): اسم المنشأة باللغة الانجليزية: | |
| Business Registration Certificate No.: رقم السجل التجاري: | |
| MDNR No.: رقم السجل الوطني: | |
| Establishment License No.: رقم رخصة المنشأة : | |
| Establishment License Expiry date: تاريخ نهاية رخصة المنشأة : | |
| **Sponsored Informationبيانات المكفول** | |
| Name: الاسم: | |
| Nationality: الجنسية: | |
| Scientific Degree ‐ specialty: الشهادة العلمية – التخصص: | |
| Job Title: المسمى الوظيفي: | |
| Iqamah No.: رقم الإقامة: | |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: | |
| Health Practitioner License NO.: رقم ترخيص مزاولة المهن الصحية: | |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: | |
| Professional Registration ID No. (health speciality): رقم بطاقة السجل المهني (للتخصصات الصحية): | |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: | |
| Mobile: الجوال: | |
| Email: البريدالالكتروني | |
| **Authorized Contact Person** | **الشخصالمفوضلمتابعةالمعاملةلدى الهيئة** |
| Name: الاسم: | |
| Phone: الهاتف: | |
| Mobile: الجوال: | |
| Email: البريد الالكتروني: | |

|  |
| --- |
| **التعهدات والمصادقة** |
| **أتعهد بأن جميع البيانات المقدمة بهذا النموذج صحيحة، وإذا تبين خلاف ذلك فإني أتحمل ما يترتب علي جراء المخالفة من سياسات و أنظمة الهيئة.** |
| **أتعهد بأن جميعالوثائقالمرفقةوالمختومةبختمالمنشأة هينسخةطبقالأصل،وإذاظهرخلافذلكفإنيأقربارتكابالتزوير فيالوثائقوأتحملمايترتبعلىذلكمنالجزاءالنظامي .** |
| **اطلعت علىلائحةرقابةالأجهزةوالمنتجاتالطبيةوالقواعدالإجرائيةالمكملةلهاالصادرةبقراربمجلسإدارةالهيئةالعامةللغذاءوالدواءرقم (1-8-1429) وتاريخ 29/12/1429هـ،وأتعهدبالالتزامبماجاءفيهاوبأيتعاميم وقراراتصدرتمنالهيئة. كماأتعهدبالالتزامبأيتنظيماتمستقبلية تقرهاالهيئةالعامةللغذاءوالدواء.** |
| **Owner signature:……………………….. ……………………….. :توقيع مالك المنشأة**  **Owner Name:……………………………..………………………….. :اسم مالك المنشأة**  **Establishment Stamp::ختم المنشأة** |



|  |  |
| --- | --- |
| **المستندات المطلوبة في طلب نقل الكفالة** | |
| **خطاب طلب نقل كفالة من المنشأة مقدمة الطلب وموجة إلى سعادة نائب الرئيسالتنفيذيلقطاعالأجهزةوالمنتجاتالطبية.** |  |
| **تعبئة نموذجطلب نقل الكفالة** |  |
| **نسخة من رخصة المنشأة للاستيراد و/أو التوزيع للكفيل الجديد تكون سارية المفعول.** |  |
| **خطابمنالكفيلالسابقبعدمالممانعةعلىنقلالمكفولويكونمصدقاًمنالغرفةالتجارية.** |  |
| **صورةمنالإقامةساريةالمفعول.** |  |
| **صورةمنترخيصمزاولةالمهنةللمكفولساريةالمفعول.** |  |
| **صورةمنبطاقةالتسجيلالمهنيللمكفول سارية المفعول.** |  |
| **تقريرحديثمنمكتبالعمليوضحالمهنةللعاملينوأعدادهمالسعوديينوغيرالسعوديينلدىالكفيلالجديد.** |  |
| **وصفوظيفيللوظيفةالتيسيتمتعيينالمرشحعليهاعلىأنيتضمنالإدارةوالقسمالتيتندرجتحتهاهذهالوظيفة.** |  |