

(إقرار)

أقر أنا الموقع أدناه/.....( ) الجنسية، بموجب  
البطاقة/ الإقامة رقم ( ) الموظف / المتعاقد على وظيفة  
( ) بأنه لم يسبق لي صرف مكافأة الأطباء للعام الدراسي ( / )  
وأن ثبت خلاف ذلك أكون عرضة للجزاء بموجب النظام، وعليه أوقع

حرر بتاريخ: / / ١٤هـ

...../الاسم

...../التوقيع

نصادق على صحة توقيعه،،،،،

الختم

...../وظيفة المسئول

...../اسمه

...../توقيعه