

طلب مشاركة

Participation Request

برنامج المول الصحي

Healthy Mall Program



وزارة الصحة
Ministry of Health

بيانات مقدم الطلب Applicant information

اسم المجمع
Name of the Mall

التاريخ
Date

اسم المدير العام للمجمع
Name of the Managing Director

رقم التواصل
Contact Number

البريد الإلكتروني
E-mail

اسم المسؤول عن إدارة المشروع
Name of the in-charge of the project

رقم التواصل
Contact Number

البريد الإلكتروني
E-mail

المستوى الذهبي
Gold Level

المستوى الفضي
Silver Level

نوع المشاركة
Participation type

توقيع المدير العام للمجمع
Managing Director of the mall signature

بتوقيعي على هذه الاستمارة ، أقر بأنني أفهم البرنامج ومتطلباته وسأتعاون مع وزارة الصحة لتنفيذ البرنامج في المجمع التجاري في غضون عام واحد من توقيع نموذج المشاركة هذا.
By signing this form, I hereby acknowledge that I understand the program and its requirements and will cooperate with the Ministry of Health to implement the program in the mall within one year from signing this participation form.