

طلب مشاركة Participation Request

برنامج أماكن عمل معززة لأنماط صحية
Health Promoting workplace program



بيانات مقدم الطلب Applicant information

اسم المؤسسة
Institute Name

اسم مدير/مسئول المؤسسة
Name of institution director/head

اسم منسق البرنامج بالمؤسسة
Institute program coordinator

عدد موظفي المؤسسة
Institute Employee No.

رقم السجل التجاري - للقطاع غير الحكومي
CR No. for non-governmental institutions

المستوى الألماسي
Diamond Level

المستوى الذهبي
Gold Level

المستوى الفضي
Silver Level

نوع المشاركة
Participation type

رقم التواصل
Contact Number

التاريخ
Date

البريد الإلكتروني
E-mail

توقيع المدير/المسئول بالمؤسسة
Institution director/head Signature

signing the participation form is considered as approval from the institution to:

- 1 Implementation of at least 80% of the program requirements.
- 2 Implementing the program within two years from signing date.
- 3 The entity that meets the standards is granted an accreditation certificate valid for 3 years, re-evaluation is required for accreditation renewal.

يعتبر توقيع استمارة طلب المشاركة كموافقة من المؤسسة على:

- 1 تنفيذ متطلبات البرنامج بنسبة لا تقل عن 80% من إجمالي المطلوب.
- 2 تنفيذ البرنامج في مدة لا تتجاوز عامين من تاريخ توقيع استمارة طلب المشاركة.
- 3 تمنح الجهة المستوفية للمعايير شهادة اعتماد سارية المفعول لمدة 3 أعوام ومن ثم يتم إعادة التقييم لتجديد الاعتماد.