

نموذج إشعار سداد

تعليمات

* يجب إرفاق مستند التحويل أو الإيداع عن طريق الخدمات الإلكترونية على موقع المجلس.

* في حال التحويل/الإيداع المباشر يجب استخدام الحساب الآتي: IBAN NO. SA 381 000 002 220 0000 333 601 (البنك الأهلي السعودي)

التاريخ: / / 20م

بيانات المنشأة:

نوع المنشأة: شركة تأمين شركة إدارة المطالبات مقدم خدمات الرعاية الصحية نوع المنشأة ()

عملاء آخرين:

اسم المنشأة: رقم المنشأة لدى المجلس: () اشتراك جديد .

بيانات الدفعة:

نوع الدفعة: إيداع مباشر تحويل

رقم الحساب المحول منه: لدى البنك: تاريخ الإيداع/التحويل: / / 20م.

رقم المرجع: اسم صاحب الحساب المحول منه | أو الموعد .

المبلغ المدفوع: رقماً) (ريال المبلغ كتابه: ريال لاغير

نوع الاشتراك:

تاهيل شركة تأمين / شركة إدارة المطالبات (جديد) تجديد تاهيل شركة تأمين/ شركة إدارة المطالبات

شركة إدارة المطالبات / المقابل المالي للإشراف على شركات التأمين

الإعتماد كمقدم خدمات رعاية صحية (جديد) تجديد الاعتماد

استكمال المقابل المالي تاهيل / اعتماد . أخرى (حدد):

بيانات التواصل بالمنشأة

الاسم: الوظيفة:

هاتف: جوال:

فاكس: البريد الإلكتروني: