

نموذج إقرار المسؤولين التنفيذيين

أقر أنا /(الاسم)..... -.....(الوظيفة)..... بأني أحد المسؤولين التنفيذيين العاملين
بشركة المرخص لها بموجب ترخيص رقم وتاريخ / /
14 هـ الموافق / / 200م بالعمل في المملكة العربية السعودية في مجال التأمين التعاوني، بالالتزام بما ورد في نظام الضمان
الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية والوثيقة الموحدة، وأقر بأنه لا يوجد في الوقت الحاضر أو فيما سبق أي إجراءات قضائية بسبب
جريمة أو مخالفة إدارية أو نظامية مقامة ضدي أو انتهت بحكم أو قرار قضائي أو إجرائي داخل أو خارج المملكة، وأن أقوم بإخطار
المجلس بأي معلومات أو تغييرات هامة تؤثر على العمل خلال (15 يوم عمل) كحد أقصى من تاريخ توفر المعلومات الجديدة أو حصول
التغيير. وفي حالة ثبوت خلاف ذلك أقر بقبولي بالخضوع التام لقرارات مجلس الضمان الصحي التعاوني والأنظمة الأخرى والإجراءات
الأمنية والقضائية السارية في المملكة العربية السعودية بهذا الشأن.

الاسم : الوظيفة: الجنسية:
رقم بطاقة الأحوال (للسعوديين): مصدرها: تاريخها: / / 14هـ
رقم الإقامة (لغير السعوديين): مصدرها: تاريخها: / / 14هـ
رقم جواز السفر: مصدره: تاريخه: / / 200م
تاريخ الميلاد: / / 20م المدينة: البلد:
العنوان: المدينة: البلد: ص ب (.....) الرمز البريدي (.....)
البريد الإلكتروني: التوقيع:

المدير المسنول

الاسم : التاريخ: / / 14هـ
التوقيع : الموافق: / / 200م

الختم الرسمي

Executive declaration form

I acknowledge/.....(name).....(job)..... that I am one of the executives working for acompany, licensed under License Number.....and date / /14 AH corresponding to / /200 AD to work in the Kingdom of Saudi Arabia in the field of cooperative insurance, by adhering to what is stated in the cooperative health insurance system, its implementing regulations and the unified document, I declare that there are no judicial procedures at the present time or in the past due to a crime or an administrative or regulatory violation that was instituted against me or ended with a judicial or procedural ruling or decision inside or outside the Kingdom, and that I shall notify the Council of any important information or changes affecting the work within (15) A maximum working day from the date of availability of the new information or the occurrence of the change. If proven otherwise, I hereby declare my acceptance of being fully subject to the decisions of the Council of Cooperative Health Insurance and other regulations and the security and judicial procedures in force in the Kingdom of Saudi Arabia in this regard.

Name:.....Job:.....Nationality:.....

ID card number(for Saudis):.....source:..... Date:...../...../14.....AH

Residency number (for non-Saudis):.....source:.....Date:...../...../14.....AH

Passport number:.....source:.....Date:...../...../200.....AD

Date of birth:...../...../20.....AD City:.....

Country:.....

Address: City:.....Country:.....P.O Box(.....) Postal code(.....)

Email:..... signature:.....

Managing Director

Name:.....

Date:...../..... /14.....AH

signature:.....

Corresponding:...../..... /200.....AD

Official Seal