



نموذج الإشتراك بالحملة الوطنية لتطبيق الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصحية لعام ٢٠٢١

بعد الاطلاع والموافقة على تعليمات الإشتراك بالحملة الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصحية لعام ٢٠٢١ المذكورة تحت بند تعليمات الإشتراك بالحملة،
نعلن نحن مؤسسة الرعاية الصحية..... اشتراكنا بالحملة الوطنية لتطبيق الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية

الصحية تحت شعار «مرضانا بأيدي آمنة».

المعلومات المطلوبة

عنوان المؤسسة الصحية: اسم منسق الجودة:
هاتف العمل: الهاتف الخليوي:
الفاكس: البريد الالكتروني:
توقيع المدير العام: ختم المؤسسة:

أرغب بالتسجيل في ورشة العمل التقنية الخاصة بتطبيق الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصحية
☐ نعم (الرجاء تعبئة النموذج التالي للتسجيل بالورشة) ☐ لا

نموذج التسجيل لورشة العمل التقنية

الرجاء تعبئة النموذج وإرساله الى المجلس قبل تاريخ ٢٠٢٢/٢/٢٨

طرق الدفع

- إيداع نقدي أو شيك بنكي يودع في حساب المجلس المبين أدناه.
- حالة بنكية لحساب المجلس المبين أدناه.
Health Care Accreditation Council
Bank al Etihad, Abdoun Branch
PO. Box 35104, Amman, Jordan 11180
Account No.: 0250103895220101
SWIFT Code: UBSIJOXXXX
IBAN: JO28UBSI1150000250103895220101

ملاحظات:

- يتم تسديد الرسوم بموعد أقصاه ٢٠٢٢/٢/٢٨ وبغير ذلك يعتبر التسجيل لاغياً.
- جميع الرسوم المترتبة على الحوالة البنكية يتم تحملها من قبل المشترك.
- يرجى إرسال نسخة عن الحوالة البنكية أو الإيداع فاكس المجلس المبين أدناه لمتابعة الدفعة من قبل القسم المالي.
- سيتم إعلام المشترك بتأكيد التسجيل حال استلام المبلغ المستحق.

للاستفسارات		
للاستفسار عن تفاصيل التسجيل يرجى الإتصال بالسيدة غيداء محمد على هاتف رقم هاتف : ٥٨١٤١٠٠ + ٩٦٢ ٦ فرعي ١٠٠ أو البريد الإلكتروني : ecd@hcac.com.jo	للاستفسار عن الأمور التقنية يرجى الإتصال بالسيدة رباب دياب - مديرة التعليم والإستشارات على هاتف رقم هاتف : ٥٨١٤١٠٠ + ٩٦٢ ٦ فرعي ١٠٣ أو البريد الإلكتروني : ecd@hcac.com.jo	
تفاصيل تكلفة ورشة العمل		
ورشة العمل	التكلفة	فرصة للتوفير عند التسجيل
ورشة العمل التقنية لتطبيق الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصحية ٢٠٢١ آذار ٢٠٢٢	100 دينار * لكل مشترك	10% خصم عند التسجيل لثلاث مشتركين من نفس المؤسسة

* ورشة العمل تتضمن المواد التدريبية و النشرات التعليمية الخاصة بالورشة بالإضافة إلى الغداء.

معلومات عن المشتركين

الاسم الأول: اسم العائلة:
المسمى الوظيفي:
هاتف العمل: الفاكس:
الهاتف الخليوي: البريد الالكتروني:

الاسم الأول: اسم العائلة:
المسمى الوظيفي:
هاتف العمل: الفاكس:
الهاتف الخليوي: البريد الالكتروني:

الاسم الأول: اسم العائلة:
المسمى الوظيفي:
هاتف العمل: الفاكس:
الهاتف الخليوي: البريد الالكتروني:

معلومات عن المؤسسة الصحية

اسم المؤسسة الصحية:
العنوان:
العنوان البريدي: المدينة:
التلفون: الفاكس:

سجل الآن: طريقتين للتسجيل

* إرسال نموذج الإشتراك على فاكس المجلس : ٥٨٥٣٠٧٠ + ٩٦٢ ٦
* إرسال نموذج الإشتراك على البريد الإلكتروني: ecd@hcac.com.jo

سياسة الغاء التسجيل

* في حال رغبة المشترك بالغاء اشتراكه يجب عليه ارسال طلب خطي للمجلس برغبته بالغاء اشتراكه وذلك في موعد أقصاه ٢٠٢٢/٣/٥ على البريد الإلكتروني ecd@hcac.com.jo
أو فاكس رقم ٥٨٥٣٠٧٠ + ٩٦٢ ٦
حيث يتم استرداد ٥٠% من قيمة الدفعة.
* يحق للمشارك تنسب مشترك آخر من نفس المؤسسة للحضور بدلا منه.

عنوان المجلس

مجلس اعتماد المؤسسات الصحية
شارع عبدالله غوشة - مجمع الرفقة
مبنى رقم ٥٨ - الطابق الثاني
هاتف : ٥٨١٤١٠٠ + ٩٦٢ ٦
فاكس : ٥٨٥٣٠٧٠ + ٩٦٢ ٦
ص.ب: ٨٤٠٩٨٣ عمان ١١١٨١ - الاردن