



CPD Provider Application Form

CPD Provider Applicant Information

Full Name (Arabic):

Full Name (English):

Provider country *:

Web site:

Phone:

Email

Provider Address:

Street Address

City

PO Box

Post Code

Short description about the provider organization *

Official registration Number*:

Year:

Place of registration:

*attach a copy of registration document

Contact Person

Full Name:

Position in the Organization:

Job:

Phone:

E-mail:

Address:

National ID # *:

*attach a copy of national ID

تعهد من مقدم "التطوير المهني المستمر"

المسئول المباشر عن منشأة

أقر أنا

والمقدمة للإعتماد كمقدم أنشطة "التطوير المهني المستمر" بكافة صحة البيانات المقدمة منى و بأننى قد إطلعت على الإصدار الأول (٢٠١٨) للوائح المنظمة للتطوير المهني المستمر الصادرة عن الهيئة المصرية للتدريب الإلزامى للأطباء، وأتعهد بالإلتزام بها وبأى تعديلات أو إضافات لها من قبل الهيئة.

التاريخ

ختم المنشأة

التوقيع

For Office Use

CPD Provider Name:

تاريخ الإستلام:

المستلم:

رقم التقدم:

ختم الهيئة: