

أقرار بإشعار بقرارات اللجنة الطبية الخاصة بإصابة العمل

Notification of the Medical Commission Decision to an insured person

Name:
CPR No.:
Injury Date:

Declare that I have been notified with:
 Public Committee Appeals Committee

Decision No.:/...../.....
Decision Date:...../...../.....

Accept Do Not Accept

Signature:

Date:/...../.....

Mobile No.:

Email address:.....

Bank Statement:

Name of Bank:
Account No.:
IBAN Code:
Swift Code:

I have informed the above insured person of
the Medical Commission referred to above
and he/she signed this declaration in my
presence.

Staff Name:

Signature:

Date:.....

الأسم:

الرقم الشخصي:

تاريخ الاصابة:

أقر بأنني اطلعت على قرار اللجنة الطبية:
 الاستئنافية العامة

رقم القرار: / /

تاريخ القرار: / .. /

أوافق لا أوافق

التوقيع:

التاريخ:/...../.....

الهاتف النقال:

البريد الإلكتروني:

البيانات البنكية:

اسم البنك:
رقم الحساب:
IBAN Code:
رمز السويقت:

للاستخدام الرسمي للهيئة

تم إطلاع المصاب على ما جاء في القرار المشار إليه أعلاه
وتم التوقيع أمامي على هذا القرار.

اسم الموظف:

التوقيع:

التاريخ:

Workinjury@sio.gov.bh البريد الإلكتروني لقسم إصابات العمل: