



إستمارة طلب ترخيص مزاولة المهن الطبية البيطرية
Application Form for Veterinary Practice License

| Applicant Information – بيانات صاحب الطلب | | | | | | |
|---|--|---------------------|---|---------------------------|--------------|---|
| Name | | | | | الاسم | يرجى لصق الصورة Please Attach Photo |
| Passport No. | رقم الجواز | CPR | | | الرقم الشخصي | |
| Mobile No. | رقم الهاتف | Nationality | | | الجنسية | |
| Email | البريد الإلكتروني | License Type | دائم / مؤقت | نوع الترخيص | | |
| Practice Type |:Other/ أخرى | في مختبر / Lab Tech | في بيطري / Vet Tech. | طبيب بيطري / Veterinarian | | نوع المزاولة |
| Request Type | <input type="checkbox"/> Local Transfer – تحويل محلي | | <input type="checkbox"/> New Request – طلب جديد | | | نوع الطلب |

| Facility Information – بيانات المنشأة | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|--------|--|--|--|-------------------|
| Facility Name | | | | | | الاسم التجاري |
| Activity Type | | | | | | نوع النشاط |
| License No. | رقم الترخيص | CR No. | | | | السجل التجاري |
| Tel No. | رقم الهاتف | Email | | | | البريد الإلكتروني |

| | | | | | | |
|----------------|----------------|--|--|--|--|------------------|
| Facility Stamp | Facility Owner | | | | | اسم صاحب المنشأة |
| | Signature | | | | | التوقيع |
| | Date | | | | | تاريخ التقديم |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • <u>Required Documents :</u> ❖ Since Certificates ❖ Accreditation of Qualification ❖ Police Clearance Certificate (Ministry of Interior) ❖ C.V + Digital Photo ❖ Experience Certificates ❖ Passport & CPR Copy ❖ Origin Professional License ❖ Facility Request Letter Included: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal Information for Applicant ▪ The Branch Applicant will Works in ▪ Practice Type <p>Request Received by Email only: aredha@mun.gov.bh / 17987390</p> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>المستندات المطلوبة:</u> ❖ الشهادات العلمية ❖ التصديق على المؤهلات العلمية ❖ الصحيفة الجنائية (شهادة حسن سيرة وسلوك – وزارة الداخلية) ❖ السيرة الذاتية + صورة شخصية ديجيتال ❖ شهادات الخبرة العملية ❖ نسخة من بطاقة الهوية وجواز السفر ❖ رخصة مزاولة المهن الطبية البيطرية في بلد صاحب الطلب ❖ رسالة من صاحب المنشأة يبين بها التالي: <ul style="list-style-type: none"> ▪ البيانات الشخصية لصاحب الطلب ▪ الفرع الذي سوف يعمل به ▪ نوع المهنة الطبية المزاولة <p>إستقبال الطلبات عبر البريد الإلكتروني فقط : 17987390 / aredha@mun.gov.bh</p> |
|--|---|