

**نموذج طلب الموافقة على نقل كفالة**

**Application for Approval of Sponsorship**

**Transfer**



|  |  |
| --- | --- |
| **Waiver Sponsor Information**  **بيانات الكفيل المتنازل** | |
| ○ Establishment ○ Company شركة ○ مؤسسة ○ | |
| Establishment Name (in Arabic): اسم المنشأة باللغة العربية: | |
| Establishment Name (in English): اسم المنشأة باللغة الانجليزية: | |
| Business Registration Certificate No.: رقم السجل التجاري: | |
| **New Sponsor Information**  **بيانات الكفيل الجديد** | |
| ○ Establishment ○ Company شركة ○ مؤسسة ○ | |
| Establishment Name (in Arabic): اسم المنشأة باللغة العربية: | |
| Establishment Name (in English): اسم المنشأة باللغة الانجليزية: | |
| Business Registration Certificate No.: رقم السجل التجاري: | |
| MDNR No.: رقم السجل الوطني: | |
| Establishment License No.: رقم رخصة المنشأة : | |
| Establishment License Expiry date: تاريخ نهاية رخصة المنشأة : | |
| **Sponsored Information**  **بيانات المكفول** | |
| Name: الاسم: | |
| Nationality: الجنسية: | |
| Scientific Degree ‐ specialty: الشهادة العلمية – التخصص: | |
| Job Title: المسمى الوظيفي: | |
| Iqamah No.: رقم الإقامة: | |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: | |
| Health Practitioner License NO.: رقم ترخيص مزاولة المهن الصحية: | |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: | |
| Professional Registration ID No. (health speciality): رقم بطاقة السجل المهني (للتخصصات الصحية): | |
| Expiry date: تاريخ الانتهاء: | |
| Mobile: الجوال: | |
| Email: البريدالالكتروني | |
| **Authorized Contact Person** | **الشخص المفوض لمتابعة المعاملة لدى الهيئة** |
| Name: الاسم: | |
| Phone: الهاتف: | |
| Mobile: الجوال: | |
| Email: البريد الالكتروني: | |

|  |
| --- |
| **التعهدات والمصادقة** |
| **أتعهد بأن جميع البيانات المقدمة بهذا النموذج صحيحة، وإذا تبين خلاف ذلك فإني أتحمل ما يترتب علي جراء المخالفة من سياسات و أنظمة الهيئة.** |
| **أتعهد بأن جميع الوثائق المرفقة والمختومة بختم المنشأة هي نسخة طبق الأصل، وإذا ظهر خلاف ذلك فإني أقر بارتكاب التزوير في الوثائق وأتحمل ما يترتب على ذلك من الجزاء النظامي .** |
| **اطلعت على لائحة رقابة الأجهزة والمنتجات الطبية والقواعد الإجرائية المكملة لها الصادرة بقرار بمجلس إدارة الهيئة العامة للغذاء والدواء رقم (1-8-1429) وتاريخ 29/12/1429هـ، وأتعهد بالالتزام بما جاء فيها و بأي تعاميم وقرارات صدرت من الهيئة . كما أتعهد بالالتزام بأي تنظيمات مستقبلية تقرها الهيئة العامة للغذاء والدواء.** |
| **Owner signature: ……………………….. ……………………….. :توقيع مالك المنشأة**  **Owner Name: …………………………….. ………………………….. :اسم مالك المنشأة**  **Establishment Stamp: :ختم المنشأة** |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **المستندات المطلوبة في طلب نقل الكفالة** | | |
| **خطاب طلب نقل كفالة من المنشأة مقدمة الطلب وموجة إلى سعادة نائب الرئيس التنفيذي لقطاع الأجهزة والمنتجات الطبية.** | |  |
| **تعبئة نموذج طلب نقل الكفالة** | |  |
| **نسخة من رخصة المنشأة للاستيراد و/أو التوزيع للكفيل الجديد تكون سارية المفعول.** | |  |
| **خطاب من الكفيل السابق بعدم الممانعة على نقل المكفول ويكون مصدقاً من الغرفة التجارية.** | |  |
| **صورة من الإقامة سارية المفعول.** | |  |
| **صورة من ترخيص مزاولة المهنة للمكفول سارية المفعول.** | |  |
| **صورة من بطاقة التسجيل المهني للمكفول سارية المفعول.** | |  |
| **تقرير حديث من مكتب العمل يوضح المهنة للعاملين وأعدادهم السعوديين وغير السعوديين لدى الكفيل الجديد.** | |  |
| **وصف وظيفي للوظيفة التي سيتم تعيين المرشح عليها على أن يتضمن الإدارة والقسم التي تندرج تحتها هذه الوظيفة.** | |  |
| All applications shall be through [forms.md@sfda.gov.sa](mailto:md.forms@sfda.gov.sa) | **جميع الطلبات تقدم عن طريق البريد الالكتروني** [forms.md@sfda.gov.sa](mailto:forms.md@sfda.gov.sa) | |