



الرقم :

التاريخ :

المرفقات :

الموافق :

اعتراض على قرار اللجنة الطبية الابتدائية

المكرم/ مدير إدارة الخدمات الطبية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

أتقدم لكم باعتراضي على قرار اللجنة الطبية الابتدائية الصادر برقم

وتاريخ / / مع رغبتني بالعرض على اللجنة الطبية الاستئنافية:

نوع الاعتراض:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| ☐ | الاعتراض على أن الحالة ليست عجز | ☐ | الاعتراض على أن الحالة شفاء بدون عجز |
| ☐ | الاعتراض على تاريخ ثبوت العجز | ☐ | الاعتراض على نسبة العجز () % |
| ☐ | الاعتراض على عدم استحقاق معونة الغير | ☐ | الاعتراض على أن الحالة لم تستقر |
| ☐ | الاعتراض على أن الحالة ليست مرض مهني | | |

شرح الاعتراض:

أرغب بالمثول شخصيا أمام اللجنة الطبية الاستئنافية في المركز الرئيسي في مدينة الرياض. ☐

لا أرغب بالمثول أمام اللجنة الطبية الاستئنافية بمنطقة الرياض وأكتفي بعرضي غيابيا على ضوء التقارير الطبية المقدمة لكم سابقا. ☐

الاسم	رقم الاشتراك	
تاريخ الاعتراض	أرقام الاتصال	
التوقيع		