

نموذج إقرار المسؤولين التنفيذيين

أقر أنا /(الاسم).....-.....(الوظيفة)..... بأنني أحد المسؤولين التنفيذيين العاملين بشركة المرخص لها بموجب ترخيص رقم وتاريخ / / 14هـ الموافق / 200م بالعمل في المملكة العربية السعودية في مجال التأمين التعاوني، بالالتزام بما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية والوثيقة الموحدة، وأقر بأنه لا يوجد في الوقت الحاضر أو فيما سبق أي إجراءات قضائية بسبب جريمة أو مخالفة إدارية أو نظامية مقامة ضدي أو انتهت بحكم أو قرار قضائي أو إجرائي داخل أو خارج المملكة، وأن أقوم بإخطار المجلس بأي معلومات أو تغييرات هامة تؤثر على العمل خلال (15 يوم عمل) كحد أقصى من تاريخ توفر المعلومات الجديدة أو حصول التغيير. وفي حالة ثبوت خلاف ذلك أقر بقبولي بالخضوع التام لقرارات مجلس الضمان الصحي التعاوني والأنظمة الأخرى والإجراءات الأمنية والقضائية السارية في المملكة العربية السعودية بهذا الشأن.

الاسم : الوظيفة: الجنسية:

رقم بطاقة الأحوال (للسعوديين):

مصدرها: تاريخها:/...../14هـ

رقم الإقامة (لغير السعوديين): مصدرها: تاريخها:/...../14هـ

رقم جواز السفر: مصدره: تاريخه:/...../200م

تاريخ الميلاد:/...../20..... المدينة: البلد:

العنوان: المدينة: البلد: ص.ب (.....) الرمز البريدي (.....)

البريد الإلكتروني: التوقيع:

المدير المسنول

الاسم : التاريخ:/...../14هـ

التوقيع : الموافق:/...../200م

الختم الرسمي