**دولة ليبيا**

**State of Libya**

**General health council**

**G.H.C**



**المجلس الصحي العام**

**نموذج سحب شكوى**

**المــوافق: - .../.../....14هـ**

**التـــاريخ: - .../.../....20م**

* **أولاً /بيانات مقدم شكوى: -**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاسم رباعي: - .......................................** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **الرقم الوطني: -** | |
| **رقم جواز السفر: - .................................** | **مكان العمل: - ...............................** | **الجنسية: - .....................** |
| **رقم الهاتف: - .......................................** | **البريد الإلكتروني: - ..........................** | **العنوان: - .......................** |
| **مقدم الشكوى: - شخصي** | **نيابة عنه / الصلة: -...................................** | |

* **ثالثا/بيانات الشكوى: -**

**موضوعها: - ..........................................................................................**

**تاريخ تقديمها: - ...../...../.......20م**

**رقمها: - ....................**

* **رابعا/ أسباب سحب الشكوى: -**

**.........................................................................................................................**

**.........................................................................................................................**

**.........................................................................................................................**

**.........................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................**

* **التحقق والموافقة والاعتماد: -**

**اسم الموظف: - ..................................................**

**الصــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــفة: - ..................................................**

**التـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــوقيع: - ..................................................**

**القــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــرار: - ........................................**

**يعتمد**

**توقيع رئيس القسم**

**.............................................**

**رئيس المجلس المهني العام المختص**

**..............................................**

**.............................................**

**مدير إدارة الشكاوى ومتابعة الأداء**

**................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **الموقع: - منطقة السبعة/ بالقرب من مسجد القاجيجي** | **Adress: - Al-Sabaa area near Al-kajajee mousque** |
| **البريد الإلكتروني: - Complaints.a.mang@ghc.gov.ly** | **Emil: - Complaints.a.mang@ghc.gov.ly** |
| **رقم الهاتف: - 4949 552 -091/ 4747 552 - 091** | **Mobile: - 4949 552 - 091/ 4747 552 - 091** |