

استمارة التزام تتعلق باستعارة أداة مساعدة – قطاع الرعاية الطبية والصحية يافليبوري

المستعير		طرف الإعارة/كاتب الوصفة
تاريخ الميلاد والرقم الشخصي	الاسم	
الاسم	المهنة	
	مقر العمل	
	العنوان	
	عنوان	
	رقم الهاتف (أيضا رقم المنطقة)	

لقد قمت باستعارة أداة المساعدة التالية

رقم الهوية	أداة المساعدة	العدد	رقم سيسام

الاستعارة لفترة محددة – يجب إرجاع أداة المساعدة في موعد لا يتعدى (التاريخ)

أشهد بموجب هذا أنني قمت بقراءة شروط الإعارة وأوافق عليها	
المكان	التاريخ
توقيع المستعير أو حامل حق الحضانة / الوصي / الوكيل حسب خطاب توكيل/مدير شؤون الأعمال المعين بصورة خاصة	