

نموذج طلب التفويض الصلاحيات على منصة اعتمادالمعلومات الأساسية

معلومات	معلومات صاحب الصلاحية	معلومات المفوض
*اسم الموظف الرباعي		
*تاريخ الميلاد		
*رقم الهوية الوطني		
*رقم الجوال		
*البريد الإلكتروني (الرسمي)		
*جهة العمل		
الفترة	من تاريخ / / حتى تاريخ / /	
التوقيع		

***أرجو التأكد من كتابة المعلومات كاملة وبشكل واضح

نوع الطلب	تفويض ☐	إعادة الصلاحيات ☐
القسم المطلوب		
الصلاحيات المراد اضافتها أو إلغائها من قبل ديوان الوزارة	☐ استعراض المطالبات المالية	☐ إنشاء المطالبة المالية
	☐ استعراض أوامر الصرف	☐ تسجيل أمر الصرف
	☐ اعتماد ارتباط أمر صرف عاملين	☐ تسجيل أمر الدفع
	☐ استعراض العقود	☐ تسجيل العقد
	☐ تعديل خطة الدفع	☐ إضافة مستفيدين
	☐ مخطط الصرف	☐ استعراض الاستبعاد من الإيراد
	☐ إجراءات تعديل العقود	☐ أخرى:

☐ مدخل بيانات المنافسة	☐ رئيس لجنة التأهيل	☐ سكرتير لجنة التأهيل
☐ مدقق بيانات المنافسة	☐ رئيس لجنة فحص العروض	☐ سكرتير لجنة فحص العروض
☐ مسؤول الجهة الفنية	☐ رئيس لجنة فتح العروض	☐ سكرتير لجنة فتح العروض
☐ مسئول تخطيط مسبق	☐ معتمد التخطيط	☐ سكرتير لجنة الشراء المباشر
☐ رئيس لجنة الشراء المباشر	☐ صاحب الصلاحية للبت والترسية	☐

التوقيعات اللازمة:

الاسم	التوقيع	التاريخ
مدير الإدارة		

نرجو ارسال النموذج بعد توقيعه وختمه على ايميل وحدة منصة اعتماد في وزارة الصحة-الديوان العام etimad@moh.gov.sa