



جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

هاتف: ٨٥٩٨١٩١ . ٨٥٩٨١٦٥

فاكس: ٨٥٧٤١٧٧

csr@chamber.org.sa

ملحق ١ : النماذج



هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

نموذج اقتراح تعديل إجراء - نموذج (م - ١)

الموظف	الإدارة	الوظيفة	الرقم الوظيفي	تاريخ التعيين

رقم الباب	رقم المادة
أسم المادة	رقم السياسة
الاقتراح	
النتائج والفوائد المتوقعة	
المرفقات (إن وجد):	

توجيه مدير الإدارة المالية				
الاسم	التوقيع	التاريخ		
اعتماد المدير التنفيذي				
الاسم	التوقيع	التاريخ		



هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

طلب فتح حساب رئيسي جديد / تغيير حساب رئيسي - نموذج (م - ٢)

الموظف	الإدارة	الوظيفة	الرقم الوظيفي	تاريخ التعيين

رقم الحساب	البنك	أبيان

مبررات الحاجة لحساب جديد أو تغييره

التاريخ	الاسم	الاسم	التوقيع
		الوظيفة	
لاستخدام مدير الإدارة المالية			
إمكانية وجود الحساب المطلوب <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> فتح حساب جديد <input type="checkbox"/>			
اعتماد المدير التنفيذي			
الاسم	التوقيع	التاريخ	



هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

طلب إلغاء حساب رئيسي - نموذج (م - ٣)

اسم الموظف	الإدارة	الوظيفة	الرقم الوظيفي	تاريخ التعيين
التاريخ	التوقيع			

رقم الحساب المراد إلغاؤه		
رقم الحساب	البنك	أبيان
المبررات		

لاستخدام مدير الإدارة المالية			
إمكانية وجود الحساب المطلوب	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> تجميد الحساب
ملاحظات			
اعتماد المدير التنفيذي			
الاسم	التوقيع	التاريخ	



هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

تعميد شراء أصل ثابت - نموذج (م - ٤)

	القسم المعني بأمر التعميد		المادة / الأصل المراد شراؤه
	الكلفة التقديرية للأصل		يتم الشراء من قبل
	مسببات / مبررات الشراء		

اسم الموظف		التاريخ	
		التوقيع	

المرفقات (ان وجدت)

--

لاستخدام المحاسب

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	متوافق مع السياسة	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	مدرج في الموازنة
		التعليقات			المبلغ المطلوب
	تاريخ	التوقيع			الاسم
مدير الإدارة المعنية بأمر التعميد					
	تاريخ	التوقيع			الاسم
اعتماد المدير التنفيذي					
	تاريخ	التوقيع			الاسم



هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١

فاكس: ٨٥٧٤١٧٧

csr@chamber.org.sa

جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

تغيير أصول ثابتة - نموذج (م - ٥)

رقم الحساب المتضمن للأصل			
مبررات الحاجة لتغيير الأصل			
طلب من قبل			
تاريخ	الاسم	الإدارة	الوظيفة
التوقيع			

لاستخدام مدير الإدارة المالية

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	إمكانية الاستغناء عن الأصل
التاريخ	إذا كان من غير الممكن يرجى ذكر السبب	
الاسم		
التوقيع		

اعتماد المدير التنفيذي

الاسم	التوقيع	تاريخ



هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١

فاكس: ٨٥٧٤١٧٧

csr@chamber.org.sa

جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

التخلص من أصول ثابتة - نموذج (م-٦)

			اسم الأصل
الموديل			المصنع
معدل الاستهلاك			تاريخ الشراء
الكلفة الأصلية			القيمة الدفترية
<input type="checkbox"/> معطل		<input type="checkbox"/> غير مستخدم	<input type="checkbox"/> مستخدم
			رقم حساب الأصل
مبررات التخلص من الأصل			
التاريخ	التوقيع	الإدارة	الاسم
لاستخدام مدير الإدارة المالية			
	المشتري	بسر	<input type="checkbox"/> للبيع
	المشتري	بقيمة	<input type="checkbox"/> للاستبعاد
	إلى	من	<input type="checkbox"/> للنقل

اعتماد المدير التنفيذي			
تاريخ	التوقيع		الاسم



جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

فتح حساب بنكي جديد - نموذج (م - ٧)

مبررات الحاجة لحساب جديد

طلب من قبل			
تاريخ	الاسم	الإدارة	الوظيفة
		التوقيع	

لاستخدام المحاسب

تفاصيل الحساب البنكي المطلوب			
اسم البنك			
الفرع		المدينة	
التعليقات (إن وجدت)			

المحاسب			
تاريخ	الاسم	التوقيع	

اعتماد مدير الإدارة المالية			
تاريخ	الاسم	التوقيع	

اعتماد المدير التنفيذي			
تاريخ	الاسم	التوقيع	



جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

إغلاق حساب بنكي - نموذج (م - ٨)

		رقم الحساب المراد إلغاؤه	
مبررات إغلاق الحساب			
مقدم الطلب			
	الاسم	الوظيفة	تاريخ
			التوقيع
لاستخدام المحاسب			
تفاصيل الحساب البنكي المراد إلغاؤه			
		اسم البنك	
	الفرع	المدينة	
		رقم الحساب المراد إلغاؤه	
		التعليقات (إن وجدت)	
اعتماد مدير الإدارة المالية			
	الاسم	تاريخ	
		التوقيع	
اعتماد المدير التنفيذي			
	الاسم	تاريخ	
		التوقيع	



جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

هاتف: ٨٥٩٨١٩١ . ٨٥٩٨١٦٥

فاكس: ٨٥٧٤١٧٧

csr@chamber.org.sa

طلب إصدار شيك - نموذج (م - ٩) من النظام بناء على تعميم ومواصفات

طلب إصدار شيك - نموذج (م - ١٠) من النظام مرفق الفواتير والموافقات



جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

طلب صرف نثریات - نموذج (م - ١٢)

تفاصيل الدفع			
المبلغ رقمياً			المستفيد
			المبلغ كتابة
	الوظيفة		الادارة
	التوقيع		التاريخ

	التاريخ	() شيك	() نقداً	طريقة الدفع
				الوصف

اعتماد مدير الإدارة المالية		
	تاريخ	الاسم
	التوقيع	



جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

هاتف: ٨٥٩٨١٦٥ . ٨٥٩٨١٩١
فاكس: ٨٥٧٤١٧٧
csr@chamber.org.sa

طلب صرف مواد- نموذج (م-١٣)

م	وصف المادة الصف	الوحدة	الكمية المطلوبة	الكمية المصرفية	الجهة المصرفية لها	الملاحظات

مقدم الطلب

الاسم	الادارة	الوظيفة	تاريخ
			التوقيع

أمين المستودع

الاسم	تاريخ
	التوقيع

المستلم

الاسم	تاريخ
	التوقيع

اعتماد مدير الإدارة المالية

الاسم	تاريخ
	التوقيع