

الهيئة الليبية لسباق الخيل  
إدارة السباق  
قسم التسجيل  
أستمارة تسجيل طبيب

التاريخ: / / 2021م

أسم الطبيب: ..... تاريخ الميلاد: / / .

الجنسية: ..... مكان الإقامة: .....

الرقم الوطني

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المؤهل العلمي: ..... سنوات الخبرة الفعلية: .....

رقم الهاتف : .....

البريد الإلكتروني: .....

توقيع الطبيب

.....

رئيس قسم التسجيل

.....

موظف قسم التسجيل  
التدقيق و المراجعة

.....

.....