



دائرة الصحة
DEPARTMENT OF HEALTH

Facility Public Relation Officer Registration Form

استمارة تسجيل - مندوب منشأة

Ref: Date	المرجع: التاريخ:
Definitions: PRO limited access user: Access and delegation granted by the Healthcare facility owner or facility director, or any personnel with the power of attorney in the mentioned facility undersigned, and for the undersigned mentioned person to carry out all health professional licensing processes with no limits to the rules and responsibilities of the assigned tasks, that are with confident assurance that he/she will be accountable on any licensure transactions submitted in the electronic licensing system, he/she will be accountable on any incompetent, failure, tamper, mis-information or any issues that may be submitted to the Department of Health, that may result in legal question, PRO access user is granted with all access and privileges <u>except</u> the below transactions: <ul style="list-style-type: none">• Professional Title Request• Secondment Request• Part time Request• Professional Re-registration• Cancel Professional License Super PRO access user: Access and delegation granted by the Healthcare facility owner or facility director, or any personnel with the power of attorney in the mentioned facility undersigned, and for the undersigned mentioned person to carry out all health professional licensing processes with no limits to the rules and responsibilities of the assigned tasks, that are with confident assurance that he/she will be accountable on any licensure transactions submitted in the electronic licensing system, he/she will be accountable on any incompetent, failure, tamper, mis-information or any issues that may be submitted to the Department of Health, that may result in legal question. PRO access user is granted with all access and <u>privileges with no exceptions</u>	التعريفات: التفويض المقيد للمندوبين: صلاحية الوصول للنظام من قبل مندوبين المنشأة الصحية المذكورة و تتم منح التحويل والتفويض للوصول إلى النظام الإلكتروني من قبل مالك المنشأة أو مدير المنشأة، أو من الشخص المخول بالتوقيع، على أن يقوم الشخص المفوض بتنفيذ ومتابعة جميع طلبات ترخيص المهنيين الصحيين دون وجود أي حدود أو شروط للمهام المكلف بها ، كما يجب أن يكون على ثقة تامة بأنه مسؤول عن أي معاملات ترخيص مقدمة في نظام الترخيص الإلكتروني، إضافة إلى انه سيكون خاضع للمساءلة في حال وجود أي نقص أو عدم مطابقة أو فشل أو تلاعب أو معلومات خاطئة وناقصة أو أي قضايا قد يتم تقديمها إلى دائرة الصحة، والتي قد تؤدي إلى مسائل قانونية، سيتم منح صلاحية الوصول للمستخدمين بجميع الامتيازات <u>عدا</u> المعاملات المذكورة أدناه: <ul style="list-style-type: none">• طلب تغير مسمى المهني• طلب انتداب للمهني• طلب العمل الجزئي للمهني• طلب إعادة التسجيل• طلب الغاء الترخيص التفويض الغير المقيد للمندوبين: صلاحية الوصول للنظام من قبل مندوبين المنشآت الصحية، منح التحويل والتفويض للوصول إلى النظام الإلكتروني من قبل مالك المنشأة أو مدير المنشأة، أو من الشخص المخول بالتوقيع، على أن يقوم الشخص المفوض بتنفيذ ومتابعة جميع طلبات ترخيص المهنيين الصحيين دون وجود أي حد أو شروط للمهام المكلف بها، كما يجب أن يكون على ثقة تامة بأنه مسؤول عن كل المعاملات للترخيص مقدمة في نظام الترخيص الإلكتروني التابعة للمنشأة المذكورة ادناه، إضافة إلى انه سيكون خاضع للمساءلة في حال وجود أي نقص أو عدم مطابقة أو فشل أو تلاعب أو معلومات خاطئة وناقصة أو أي قضايا قد يتم تقديمها إلى دائرة الصحة، والتي قد تؤدي إلى مسائل قانونية، سيتم منح صلاحية الوصول للمستخدمين بجميع الامتيازات <u>دون وجود أي استثناءات.</u>



دائرة الصحة
DEPARTMENT OF HEALTH

I, the undersigned, is the personnel in charge of the mentioned facility, with the legal power of attorney, have agreed with my full awareness and sound mind willfully grant the PRO mentioned below to have access as defined:

أنا، الموقع أدناه، الموظف المسؤول عن المنشأة المذكورة، بتفويض قانوني، اتفق وأنا بكامل قواي العقلية على منح المندوب المذكور أدناه تخويل صلاحية استخدام النظام الإلكتروني كما هو محدد:

Shade either 1 or 2

تحديد الصلاحية 1 أو 2

1	PRO access user	Agree to give access
2	Super PRO access user	Agree to give access

1	المندوبين التفويض المقيد	الموافقة على إعطاء الصلاحية
2	التفويض الغير المقيد للمندوبين	الموافقة على إعطاء الصلاحية

PUBLIC RELATION OFFICER DETAILS

تفاصيل موظف العلاقات العامة

Mr.\ Mrs.:.....
DOB:.....
Nationality:.....
Emirates ID. No.:
Mobile No.:

السيد/ السيدة:.....
تاريخ الميلاد:.....
الجنسية:.....
رقم هوية الامارات:.....
رقم الهاتف:

**HEALTH FACILITY PERSONNEL MENTIONED IN
POA OF THE MENTIONED FACILITY**

الشخص المعني القانوني المذكور في التخويل وصلاحية الاعتماد

Mr.\ Mrs.:.....
DOB:.....
Nationality:.....
Emirates ID. No.:
Mobile No.:

السيد/ السيدة:.....
تاريخ الميلاد:.....
الجنسية:.....
رقم هوية الامارات:.....
رقم الهاتف:

Below documents are essentially required to be submitted to avoid rejection of the application request:

المستندات أدناه مطلوبة بشكل أساسي عند التقديم لتجنب رفض الطلب:
1. الهوية الإماراتية للمندوب
2. الهوية الإماراتية للشخص المعني في المنشأة الصحية
3. نسخة من التوكيل والتفويض للشخص المعني في المنشأة
4. رسالة موقعة من الشخص المعني في المنشأة الصحية تثبت امتيازات وصلاحيات المندوب.
5. تعبئة وتوقيع وختم المنشأة الصحية لهذا النموذج.

1. Emirates ID of PRO
2. Emirates ID of Health facility Personnel
3. POA of Health facility Personnel
4. Letter signed by the Health facility Personnel authenticating the privileges of either super PRO or PRO
5. Filled, signed, and stamp of Health Facility in this form.