|  |  |
| --- | --- |
| * **اسم صاحب العلاقة:** | |
| * **رقم الهاتف: 0790072184** | |
| * **عدد العينات المرفقة: 1** | |
| * **رقم البيان الجمركي (إن وجد)\*: -** | |
| * **المركز الجمركي (إن وجد): -** | |
| * **اسم الموظف الذي قام بتحويل العينات: -** | |
| * **رقم الوصل المالي المتعلق بأجور التأكد من العلامة:** | **تاريخه:** |
| * **رقم الوصل المالي المتعلق بأجور نقل العينات:** | **تاريخه:** |
| * **عنوان المحل التجاري (إن وجد): -** | |
| * **تاريخ تقديم الطلب:** | |
| * **التوقيع:** | |

يرجى إرفاق صورة عن الفاتورة التجارية, وصورة عن البيان الجمركي (في حال التأكد من علامات المنتجات الواردة عبر المنافذ الحدودية), وصورة عن الهوية الشخصية لصاحب العلاقة في حال تقديم طلب التحقق الذاتي.

**المنتجات المطلوب التأكد من علامتها التجارية:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الرقم** | **المنتج** | **العلامة التجارية** |
| **1-** |  |  |
| **2-** |  |  |
| **3-** |  |  |
| **4-** |  |  |

|  |
| --- |
| * **يعبأ من قبل وحدة مكافحة التقليد والتحقق والتبليغ** |
| **رقم الطلب:** |
| **مصدر العينات:**  قسم مسح الأسواق.  المنافذ الحدودية.  متلقي خدمة. |
| **تنسيب رئيس الوحدة:** ................................................................................................................................................................................ |
| * يتم تقديم الطلب واستلام كتاب الرد من خلال الديوان في المؤسسة. * يتم الاتصال بصاحب العلاقة فور الانتهاء من إعداد كتاب الرد. |