****

صـــورة

شخصية

حــــديثة

**جمعية المحاسبين القانونيين الاردنيين**

**طلـب تجـديد إجـازة مـزاولة المـهنة لغاية 30 حزيران 2024**

**للمزاولين لأعمال المحاسبة**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **المعلومات الشخصية:** | | | | |
| **اسم المحاسب القانوني:** |  | | **الرقم الوطني:** |  |
| **تاريخ الميلاد:** |  | |  |  |
| **عنوان المنزل:** | **المدينة:** | | **المنطقة:** | **الحي:** |
| **المعلومات المهنية:** | | | | |
| **سنة بدء المزاولة:** |  | |  | |
| **رقم الإجازة:** |  | | **رقم العضوية :** |  |
| **الشهادات المهنية الأخرى:** | | | | |
| **معلومات العمل:** | | | | |
| **اسم جهة العمل:** |  | | | |
| **أي معلومات إضافية عن جهة العمل :** | |  | | |
| **معلومات موقع العمل والمراسلة :** | | | | |
| **المدينة:** | **المنطقة:** | **الحي:** | | **الشارع:** |
| **رقم العمارة:** | **رقم الطابق:** | **رقم المكتب:** | | **رقم الخلوي:** |
| **رقم الهاتف:** | **رقم الفاكس:** | **البريد الإلكتروني:** | | |
| **صندوق البريد :** | **الرمز البريدي:** |  | | |

|  |
| --- |
| **اقرار بصحة المعلومات:** |
| 1. أنا المحاسب القانوني **.............................** أقر بصحة كافة المعلومات و بصحة العناوين الواردة في طلب تجديد إجازة مزاولة المهنة (الهاتف / الفاكس / البريد الإلكتروني / العنوان الجغرافي) وأن كافة الإشعارات والمراسلات التي ترسل من الجمعية على هذه العناوين تعتبر صحيحة ومبلغة . |
| 1. في حال تغيير أي من هذه المعلومات أو العناوين، فإنه يرجى على المحاسب القانوني تحديث هذه البيانات خلال أسبوع وذلك عن طريق الحضور إلى الجمعية أو إرسال كتاب رسمي لها مبين فيه المعلومات والعناوين الجديدة، و بخلاف ذلك فإن جميع الإشعارات والمراسلات المرسلة على العناوين المعتمدة في الجمعية تعتبر صحيحة ومبلغة. |

|  |  |
| --- | --- |
| **التاريخ:............** | **التوقيع المعتمد لدى الجمعية :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **لاستخدام إدارة الجمعية :** | |
| **الموظف المسؤول:...............................** | **موافقة أمين السر:.......................................................** |
| **توقيع الموظف المسؤول:......................** | **التاريخ:....................................................................** |
| **تم التوقيع على نموذج التوقيع المعتمد نعم/ لا** | **اسم الموظف:......................** |
| **نموذج0.05 %** | **اسم الموظف:......................** |
| **تسديد الرسوم السنوية** | **اسم الموظف:......................** |
| **مراجعة السجل التجاري على الموقع** | **اسم الموظف:......................** |

|  |  |
| --- | --- |
| **التعليم المهني المستمر: وفق المادة 8 من نظام مزاولة المهنة** | |
| **للفترة من :** | **إلى :** |
| **الدورات التدريبية** | **عدد الساعات:** |
| **بحث في مؤتمر علمي مهني أو أكثر** | **عدد الساعات:** |
| **مقالات منشورة في مجال المهنة في مجلة المدقق** | **عدد الساعات:** |
| **المجموع** |  |
| **تم استيفاء الساعات التدريبية نعم / لا اسم الموظف** |  |

* **المرفقات المطلوبة :**

**صورة الهوية الشخصية .**