

Disclosure Form				نموذج الافصاح			
I the undersigned (.....)				أنا الموقع أدناه (.....)			
<p>By signing this document, I disclose on all my relatives working withRelief International/HF. by filling the table below, which are Spouse, Father, Mother, Son, Daughter, Brother, Sister, grandchildren, ancestors, uncle, aunt, Cousin (close and distant relatives)), father, mother, brother, sister in laws (all types), Domestic Partner and close personal relation. It can also include any other relative.</p> <p>I also acknowledged that there is no relationship or close relationship with any member of the Procurement Committee and theHF Board Management/RI Management.</p>				<p>بالتوقيع على هذه الوثيقة أقر بأنني أفصح عن جميع الأقارب الذين يعملون في منظمة ريليف انترناشونال و مشفى / مركز..... من خلال تعبئة الجدول أدناه والذين هم: الزوج، الزوجة، الأب، الأم، الابن، الابنة، الأخ، الأخت، الأحفاد، الأجداد، العم، العمة، وأولاد العم والعمة، أولاد الخال والخالة (الأقارب المقربين والبعيد)، الأب، الأم، الأخ، الأخت للزوجة أو الزوج (جميع الأنواع)، شريك محلي، وعلاقة شخصية وثيقة. يمكن أن تشمل أيضًا أي قريب آخر. كما أقر بأنه لا يوجد أي علاقة أو صلة قربي مع أي عضو من أعضاء لجنة المشتريات ومجلس الإدارة في منظمة ريليف انترناشونال و مشفى /مركز.....</p>			
<u>Name/s of direct family member/s personal relation working for RI and the supported HF</u>	<u>Relation:</u>	<u>Position:</u>	<u>Location:</u>	<u>مكان العمل:</u>	<u>المنصب:</u>	<u>الصلة:</u>	<u>اسم/أسماء الاشخاص الذين يعملون في منظمة ريليف انترناشونال و المنشأة الصحية التي تدعمها</u>

Service Provider Name:

اسم مزود الخدمة:

Signature:

توقيع مزود الخدمة:

Date:

التاريخ: