

١- تعهد و إقرار

الاسم	فرحان حمود الشمري	الصفة	عضو مجلس
-------	-------------------	-------	----------

أقر انا الموضح بياناتي أعلاه بأنني قد اطلعت على سياسة تعارض المصالح الخاصة بـ "جمعية وابل الصحية"، و بناء عليه أوافق و أقر و ألتزم بما فيها و أتعهد بعدم الحصول على أي مكاسب أو ارباح شخصية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة مستفيداً من موقعي كعضو مجلس إدارة أو موظف في الجمعية و بعدم استخدام أي معلومات تخص الجمعية أو أصولها أو مواردها لأغراض الشخصية أو أقاربي حتى الدرجة الرابعة أو أصدقائي أو استغلالها لأي منفعة أخرى.

التوقيع	
التاريخ	١٤٤٥/٧/٣ هـ
الموافق	٢٠٢٤/١/١٥ م