



صورة
شخصية
حديثة
الزامي

جمعية المحاسبين القانونيين الاردنيين
طلب تجديد إجازة مزاولة المهنة لغاية 30 حزيران 2026
للمزاولين لأعمال التدقيق

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 المكتب:			
عضو شبكة دولية:			
عضو مزاوول داخل الأردن: ☐	عضو مزاوول خارج الأردن: ☐		
معلومات موقع العمل والمراسلة:			
المدينة:	المنطقة:	الحي:	الشارع:
رقم العمارة:	رقم الطابق:	رقم المكتب:	رقم الخليوي:
رقم الهاتف:	رقم الفاكس:	البريد الإلكتروني:	
صندوق البريد:	الرمز البريدي:		
الصفة في مكتب التدقيق:	☐ مالك مؤسسة فردية	☐ شريك في شركة	☐ موظف في مكتب تدقيق
عدد الموظفين العاملين:			
رقم السجل التجاري:	الرقم الوطني للمنشأة :		

الشركاء في المكتب داخل الأردن فقط			
اسم الشريك	رقم الإجازة	رقم العضوية	رقم الخليوي

الالتزام بمتطلبات قانون مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب	
الأنشطة التي يمارسها المحاسب القانوني نيابة عن الغير والمذكورة في المادة (14) من قانون مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب.	
- بيع وشراء العقارات أو المحلات التجارية.	نعم ☐ لا ☐
- إدارة الأموال أو الأوراق المالية أو أي أصول مالية أخرى	نعم ☐ لا ☐
- إدارة الحسابات المصرفية أو حسابات توفير البريد أو حسابات الاستثمار في الأسواق المالية المحلية والدولية.	نعم ☐ لا ☐
- اتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة لتأسيس أي شخص اعتباري أو إدارته.	نعم ☐ لا ☐
- تنظيم المساهمات المتعلقة بتأسيس الشركات أو تشغيلها أو إدارتها.	نعم ☐ لا ☐

أقرار بصحة المعلومات:

أنا المحاسب القانوني أقر بصحة كافة المعلومات وبصحة 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 ومبلغه.

أتعهد بأنني غير مفوض عن أي شركة سواء كانت صناعية أو تجارية كما نصت المادة (4/أ) من نظام مزاولة مهنة المحاسبة القانونية رقم (7) لسنة 2006 في حال وجود تفويض الرجاء ذكر أسماء الشركات:
* * *

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، وبخلاف ذلك فإن جميع الإشعارات والمراسلات المرسلة على العناوين المعتمدة في الجمعية تعتبر صحيحة ومبلغه.

التاريخ: التوقيع المعتمد لدى الجمعية

التعليم المهني المستمر: وفق المادة 8 من نظام مزاولة المهنة

إلى :	الفترة من :
عدد الساعات:	الدورات التدريبية
عدد الساعات:	بحث في مؤتمر علمي مهني أو أكثر
عدد الساعات:	مقالات منشورة في مجال المهنة في مجلة المدقق
	المجموع

لاستخدام إدارة الجمعية :

اسم الموظف:	تم التوقيع على نموذج التوقيع المعتمد نعم / لا
اسم الموظف:	نموذج 0.05%
اسم الموظف:	تسديد الرسوم السنوية
اسم الموظف:	مراجعة السجل التجاري على الموقع والتأكد من نص المادة (15/ب) من نظام مزاولة مهنة المحاسبة القانونية رقم (7) لسنة 2006
مرفق الهوية الشخصية	مرفق عدم محكومية حديثة مرفق السجل التجاري

التوصية

الطلب غير مستكمل ونوصي بعدم إصدار شهادة المزاولة	الطلب مستكمل ونوصي بإصدار شهادة المزاولة
المدير التنفيذي	مسؤول العمليات
التوقيع	التوقيع
عدم الموافقة على تجديد المزاولة وتوقيع شهادة المزاولة	الموافقة على تجديد المزاولة وتوقيع شهادة المزاولة
التاريخ	أمين السر
	التوقيع