



مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation

صحة · تعليم · بحوث  
HEALTH · EDUCATION · RESEARCH

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08589897  
NAME: MUHAMMAD IBRAHIM  
NATIONALITY: Pakistani  
DOB: 07/06/2014  
GENDER: Male  
HC Expiry:



1. Medical Records No. \_\_\_\_\_

١ - رقم الملف الطبي:

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_

رقم مستشفى النساء:

2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_

٢ - رقم المركز الصحي:

3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_

٢ - رمز المركز الصحي:

الأول الأب الجد العاظة

4. Full Name \_\_\_\_\_

٤ - الاسم بالكامل:

First Father G. Father Family

5. Date of Birth \_\_\_\_\_

٥ - تاريخ الميلاد

Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age \_\_\_\_\_

Blood Group

فصيلة الدم

٦ - العمر

7. Nationality \_\_\_\_\_

8. Sex \_\_\_\_\_

٨ - الجنس:

٧ - الجنسية

9. Marital Status \_\_\_\_\_

٩ - الحالة الاجتماعية

10. Work Address \_\_\_\_\_

١٠ - عنوان العمل:

11. Home Address \_\_\_\_\_

١١ - عنوان المنزل:

12. Home Telephone \_\_\_\_\_

Office Tel \_\_\_\_\_

تلفون العمل:

١٢ - تلفون المنزل:

13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_

١٣ - اسم وعنوان أقرب المقربين:

14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_

١٤ - تلفون أقرب شخص إليك:

15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_

١٥ - اسم وعنوان الكفيل:

16. ID Number \_\_\_\_\_

١٦ - رقم البطاقة الشخصية

17. Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_

١٧ - نوع الإقامة: (مقيم/زائر)

Applicant's Signature \_\_\_\_\_

توقيع صاحب الطلب:

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF \_\_\_\_\_

EXPIRY DATE \_\_\_\_\_

RECEIPT \_\_\_\_\_

LOCATION \_\_\_\_\_

FEES

100

DATE

29. 5. 2023

SIGNATURE \_\_\_\_\_