

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

1. Medical Records No. _____

Women's Hospital No. _____

2. Primary Health Centre No. _____

3. Health Centre Code No. _____

4. Full Name _____

5. Date of Birth _____

6. Age _____

7. Nationality _____

9. Marital Status _____

10. Work Address _____

11. Home Address _____

12. Home Telephone _____

13. Name & Address of Next of Kin _____

14. Next of kin Telephone _____

15. Name & Address of Sponsor/Employer _____

16. ID Number _____

17. Visa Status (Resident/Visitor): _____

Applicant's Signature _____



HC NUMBER: HC08589889

NAME: MARYAM ATIF

NATIONALITY: Pakistani

DOB: 30/11/2015

GENDER: Female

HC Expiry: _____



١ - رقم الملف الطبي:

٤ - رقم مستشفى النساء:

٢ - رقم المركز الصحي:

٣ - رمز المركز الصحي: 78

الأول الأب الجد العائلة

٤ - الاسم بالكامل:

First Father G. Father Family

٥ - تاريخ الميلاد

Day Month Year السنة الشهر اليوم

٦ - العمر فصيلة الدم

Blood Group

٧ - الجنسية ٨ - الجنس

٩ - الحالة الاجتماعية

١٠ - عنوان العمل:

١١ - عنوان المنزل:

١٢ - تلفون المنزل: تلفون العمل:

١٣ - اسم وعنوان أقرب المفربين:

١٤ - تلفون أقرب شخص إليك:

١٥ - اسم وعنوان الكفيل:

١٦ - رقم البطاقة الشخصية

١٧ - نوع الإقامة: (مقيم/زائر)

توقيع صاحب الطلب:

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF _____

EXPIRY DATE _____

RECEIPT _____

LOCATION _____

FEEES 100

DATE 29 5 2023

SIGNATURE _____