

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية
 PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT
 طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC09002725
 NAME : FAIZAN MOHAMMED THADATHIL
 NATIONALITY : Indian
 DOB : 12/10/2019
 GENDER : Male
 HC Expiry :

1. Medical Records No. _____ رقم الملف الطبي : ١
 Women's Hospital No. _____ رقم مستشفى النساء :
 2. Primary Health Centre No. _____ رقم المركز الصحي : ٢
 3. Health Centre Code No. _____ رمز المركز الصحي : ٣

4. Full Name _____ الاسم بالكامل :
 العائلة الجد الأب الأول

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد :
 First Father G. Father Family
 Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age _____ العمر :
 Blood Group _____ فصيلة الدم

7. Nationality _____ الجنسية :
 8. Sex _____ الجنس :

9. Marital Status _____ الحالة الاجتماعية :

10. Work Address _____ عنوان العمل :

11. Home Address _____ عنوان المنزل :

12. Home Telephone _____ Office Tel _____ تلفون المنزل :
 تلفون العمل :

13. Name & Address of Next of Kin _____ اسم وعنوان أقرب المقربين :

14. Next of kin Telephone _____ تلفون أقرب شخص إليك :

15. Name & Address of Sponsor/Employer _____ اسم وعنوان الكفيل :

16. ID Number _____ رقم البطاقة الشخصية :

17. Visa Status (Resident/Visitor): _____ نوع الإقامة : (مقيم / زائر)

Applicant's Signature _____ توقيع صاحب الطلب :

FOR OFFICE USE ONLY

CARD REF _____ EXPIRY DATE _____ RECEIPT _____
 LOCATION _____ FEES QR 100
 DATE 23-9-2024 SIGNATURE _____