

## دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

## PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

## طلب بطاقة صحية

## HEALTH CARD APPLICATION

1. Medical Records No. \_\_\_\_\_ HC NUMBER: HC08698813 \_\_\_\_\_ رقم الملف الطبي: ١
- Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ NAME: IBAD UR REHMAN KHAN \_\_\_\_\_ رقم مستشفى النساء: \_\_\_\_\_
2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ NATIONALITY: Pakistani \_\_\_\_\_ رقم المركز الصحي: ٢
- DOB: 31/08/2019 \_\_\_\_\_ GENDER: Male \_\_\_\_\_
- HC Expiry: \_\_\_\_\_ رمز المركز الصحي: ٣
3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ 78
4. Full Name \_\_\_\_\_ الاسم بالكامل: ٤
- العائلة الجد الأب الأول
- First Father G. Father Family
5. Date of Birth \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: ٥
- Day Month Year السنة الشهر اليوم
6. Age \_\_\_\_\_ Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم \_\_\_\_\_ العمر: ٦
7. Nationality \_\_\_\_\_ 8. Sex \_\_\_\_\_ الجنس: ٨ \_\_\_\_\_ الجنسية: ٧
9. Marital Status \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية: ٩
10. Work Address \_\_\_\_\_ عنوان العمل: ١٠
11. Home Address \_\_\_\_\_ عنوان المنزل: ١١
12. Home Telephone \_\_\_\_\_ Office Tel \_\_\_\_\_ تلفون المنزل: ١٢ تلفون العمل: \_\_\_\_\_
13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_ اسم وعنوان أقرب المقربين: ١٣
14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_ تلفون أقرب شخص إليك: ١٤
15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_ اسم وعنوان الكفيل: ١٥
16. ID Number \_\_\_\_\_ رقم البطاقة الشخصية: ١٦
17. Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_ نوع الإقامة: (مقيم / زائر) ١٧
- Applicant's Signature \_\_\_\_\_ توقيع صاحب الطلب: \_\_\_\_\_

## FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

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

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

RECEIPT \_\_\_\_\_

LOCATION \_\_\_\_\_

FEES \_\_\_\_\_ QR 100

DATE 10.10.2023

SIGNATURE \_\_\_\_\_