

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

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



HC NUMBER: HC08714684
NAME : AROOJ FATIMA NAVEED KASHIF
NATIONALITY : Pakistani
DOB : 05/12/2016
GENDER : Female
HC Expiry : 29/10/2024



4. Full Name _____ الاسم بالكامل: ٤
5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد: ٥
6. Age _____ العمر: ٦
7. Nationality _____ 8. Sex _____ الجنس: ٨
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: تلفون العمل: ١٢
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 _____
DATE 29.10.2023 SIGNATURE _____