

16/8/2023

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: HC08651521
NAME : MUHAMMAD AETSAAM ARIF MUHAM
NATIONALITY : Pakistani
DOB : 10/10/2007
GENDER : Male
HC Expiry : _____



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: 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 4R 100
DATE 16.8.2023 SIGNATURE _____
9600002521