

16/8/2023

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

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

HC NUMBER: HC08651530
 NAME : MUHAMMAD SAAD ARIF ARIF
 NATIONALITY : Pakistani
 DOB : 03/09/2010
 GENDER : Male
 HC Expiry : _____

4. Full Name _____ الاسم بالكامل: _____
 الأب الأول الجد العائلة
 First Father G. Father Family

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد: _____
 Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age _____ Blood Group _____ فصيلة الدم _____ العمر _____

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

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 16.8.2023 _____ SIGNATURE _____
 9600002521

مركز الروتين الصحي
 أول بردة

للاستعمال الرسمي فقط