

دائرة التحصير

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08651538  
NAME : MUHAMMAD SAIM ARIF  
NATIONALITY : Pakistani  
DOB : 09/02/2017  
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: \_\_\_\_\_  
3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ رمز المركز الصحي: \_\_\_\_\_

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 - ٧ الجنسية

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 \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

16/8/2023

مركز التحصير الصحي  
أول مرة

QR 100

16.8.2023