

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT
طلب بطاقة صحية
HEALTH CARD APPLICATION

1. Medical Records No. _____ ١ - رقم الملف الطبي : _____
- Women's Hospital No. _____ ٢ - رقم مستشفى النساء : _____
2. Primary Health Centre No. _____ ٢ - رقم المركز الصحي : _____
3. Health Centre Code No. _____ ٢ - رمز المركز الصحي : _____
4. Full Name _____ ٤ - الاسم بالكامل : _____
5. Date of Birth _____ ٥ - تاريخ الميلاد : _____
6. Age _____ Blood Group _____ فصيلة الدم _____ العمر _____
7. Nationality _____ ٧ - الجنسية _____
8. Sex _____ ٨ - الجنس : _____
9. Marital Status _____ ٩ - الحالة الاجتماعية _____
10. Work Address _____ ١٠ - عنوان العمل : _____
11. Home Address _____ ١١ - عنوان المنزل : _____
12. Home Telephone _____ Office Tel _____ تلفون المنزل : _____ تلفون العمل : _____
13. Name & Address of Next of Kin _____ ١٣ - اسم وعنوان أقرب المقربين : _____
14. Next of kin Telephone _____ ١٤ - تلفون أقرب شخص إليك : _____
15. Name & Address of Sponsor/Employer _____ ١٥ - اسم وعنوان الكفيل : _____
16. ID Number _____ ١٦ - رقم البطاقة الشخصية _____
17. Visa Status (Resident/Visitor): _____ ١٧ - نوع الإقامة : (مقيم / زائر) _____
- Applicant's Signature _____ توقيع صاحب الطلب :

FOR OFFICE USE ONLY

CARD REF _____ EXPIRY DATE _____ RECEIPT _____

LOCATION _____ FEES _____

DATE 28 8 2023 SIGNATURE _____

9600002521