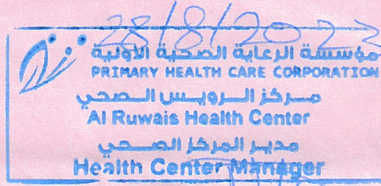




مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation

HEALTH • EDUCATION • RESEARCH صحة • تعليم • بحوث



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
4. Full Name _____ الاسم بالكامل: ٤
5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد: ٥
6. Age _____ العمر: ٦
7. Nationality _____ الجنسية: ٧
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 _____ 100

DATE 28 - 8 - 2023

SIGNATURE _____