

دائرة التحصيل والبطاقة الصحي

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

1. Medical Records No. _____ HC NUMBER: HC08661422 _____ رقم الملف الطبي: ١

NAME : ADAM GENIO AS SUDDAIS

NATIONALITY : Indonesian

DOB : 14/04/2008

GENDER : Male

HC Expiry :



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

78

العائلة

الجد

الأب

الأول

4. Full Name _____ الاسم بالكامل: ٤

First

Father

G. Father

Family

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد: ٥

Day

Month

Year

السنة

الشهر

اليوم

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

DATE 28/8/2023

SIGNATURE _____