

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية  
 PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية  
**HEALTH CARD APPLICATION**



**HC NUMBER: HC08777258**  
**NAME : RUMAYSA NAVEED**  
**NATIONALITY : Pakistani**  
**DOB : 18/07/2017**  
**GENDER : Female**  
**HC Expiry :**



1. Medical Records No. \_\_\_\_\_ ١ - رقم الملف الطبي :  
 Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ ٤ - رقم مستشفى النساء :  
 2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ ٢ - رقم المركز الصحي :  
 3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ ٣ - رمز المركز الصحي :

العائلة      الجد      الأب      الأول

4. Full Name \_\_\_\_\_ ٤ - الاسم بالكامل :  
 First      Father      G. Father      Family

5. Date of Birth \_\_\_\_\_ ٥ - تاريخ الميلاد :  
 Day      Month      Year      اليوم      الشهر      السنة

6. Age \_\_\_\_\_ Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم \_\_\_\_\_ ٦ - العمر :

7. Nationality \_\_\_\_\_ 8. Sex \_\_\_\_\_ : الجنس \_\_\_\_\_ 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 -

4. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_ : تلفون أقرب شخص إليك : \_\_\_\_\_ ١٤ -

5. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_ اسم وعنوان الكفيل : \_\_\_\_\_ ١٥ -

- ID Number \_\_\_\_\_ رقم البطاقة الشخصية \_\_\_\_\_ ١٦ -

- Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_ (مقيم / زائر) \_\_\_\_\_ ١٧ -

مركز الدروس  
 ١٤٤٥