

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



HC NUMBER: HC08777253
NAME : MUHAMMAD ROHAAN
NATIONALITY : Pakistani
DOB : 28/10/2018
GENDER : Male
HC Expiry :



1. Medical Records No. _____ رقم الملف الطبي :
 Women's Hospital No. _____ رقم مستشفى النساء :
 2. Primary Health Centre No. _____ رقم المركز الصحي :
 3. Health Centre Code No. _____ رمز المركز الصحي :

الأول الأب الجد العائلة

4. Full Name _____ الاسم بالكامل :
 First Father G. Father Family
 5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد :
 Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age _____ Blood Group _____ فصيلة الدم :
 7. Nationality _____ 8. Sex _____ الجنس :

9. Marital Status _____ الحالة الاجتماعية

10. Work Address _____ عنوان العمل :

11. Home Address _____ عنوان المنزل :

12. Home Telephone _____ Office Tel _____ تلفون المنزل : تلفون العمل :

13. Name & Address of Next of Kin _____ اسم وعنوان أقرب المقربين :

14. Next of kin Telephone _____ تلفون أقرب شخص إليك :

15. Name & Address of Sponsor/Employer _____ اسم وعنوان الكفيل :

16. ID Number _____ رقم البطاقة الشخصية

17. Visa Status (Resident/Visitor): _____ نوع الإقامة : (مقيم / زائر)

حمد
 مركز الدواجن
 أدل