

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

HC NUMBER: HC08783946
 NAME: MUHAMMAD USMAN SHAHBAZ
 NATIONALITY: Pakistani
 DOB: 27/08/2009
 GENDER: Male
 HC Expiry: _____

الأول الأب الجد العائلة

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: 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: 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 _____

DATE _____ SIGNATURE _____