



دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08788955

NAME : AMUL BANO

NATIONALITY : Pakistani

DOB : 12/01/2008

GENDER : Female

HC Expiry :

1. Medical Records No. \_\_\_\_\_

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_

2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_

3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_

4. Full Name \_\_\_\_\_

5. Date of Birth \_\_\_\_\_

6. Age \_\_\_\_\_

7. Nationality \_\_\_\_\_

9. Marital Status \_\_\_\_\_

10. Work Address \_\_\_\_\_

11. Home Address \_\_\_\_\_

12. Home Telephone \_\_\_\_\_

13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_

14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_

15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_

16. ID Number \_\_\_\_\_

17. Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_

Applicant's Signature \_\_\_\_\_

١ - رقم الملف الطبي :

رقم مستشفى النساء :

٢ - رقم المركز الصحي :

٣ - رمز المركز الصحي :

٤ - الاسم بالكامل :

٥ - تاريخ الميلاد :

٦ - العمر :

٧ - الجنسية :

٩ - الحالة الاجتماعية :

١٠ - عنوان العمل :

١١ - عنوان المنزل :

١٢ - تلفون المنزل : تلفون العمل :

١٣ - اسم وعنوان أقرب المقربين :

١٤ - تلفون أقرب شخص إليك :

١٥ - اسم وعنوان الكفيل :

١٦ - رقم البطاقة الشخصية :

١٧ - نوع الإقامة : (مقيم / زائر) :

توقيع صاحب الطلب :

للاستعمال الرسمي فقط

FOR OFFICE USE ONLY

CARD REF \_\_\_\_\_

EXPIRY DATE \_\_\_\_\_

RECEIPT \_\_\_\_\_

LOCATION 30/1/2024 \_\_\_\_\_

FEES \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_