



دائرة التحصيل والبطاقة الصحية
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT
طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08788980
NAME : MUHAMMAD HASSAN SOHRAB
NATIONALITY : Pakistani
DOB : 24/01/2013
GENDER : Male
HC Expiry :



1. Medical Records No. _____ رقم الملف الطبي: ١
2. Women's Hospital No. _____ رقم مستشفى النساء: ٢
3. Primary Health Centre No. _____ رقم المركز الصحي: ٢
4. Health Centre Code No. _____ رمز المركز الصحي: ٢

٧٨

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 الشهر السنة اليوم
6. Age _____ العمر: ٦
Blood Group فصيلة الدم
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: 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
توقيع صاحب الطلب: _____

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF _____ RECEIPT _____
EXPIRY DATE _____ FEES ١٠٠
LOCATION ٥٠١ ٢٠٢٤
DATE _____ SIGNATURE _____