



دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08788991  
NAME : MUHAMMAD ADYAN SOHRAB  
NATIONALITY : Pakistani  
DOB : 28/05/2015  
GENDER : Male  
HC Expiry :



1. Medical Records No. \_\_\_\_\_  
Women's Hospital No. \_\_\_\_\_
2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Full Name \_\_\_\_\_  
العائلة الجد الأب الأول  
First Father G. Father Family
5. Date of Birth \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
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)
- Applicant's Signature \_\_\_\_\_ توقيع صاحب الطلب

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF \_\_\_\_\_ EXPIRY DATE \_\_\_\_\_ RECEIPT \_\_\_\_\_  
LOCATION \_\_\_\_\_ FEES \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_