



دائرة التحصيل والبطاقة الصحية
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT
طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08786991
NAME: MUHAMMAD ADYAN SOHRAB
NATIONALITY: Pakistani
DOB: 28/05/2015
GENDER: Male
HC Expiry:

1. Medical Records No. _____ رقم الملف الطبي: ١
- Women's Hospital No. _____ رقم مستشفى النساء:
- Primary Health Centre No. _____ رقم المركز الصحي: ٢
- Health Centre Code No. _____ رمز المركز الصحي: ٣

المعاقبة الجدة الأب الأول

4. Full Name _____ الاسم بالكامل: ٤

First Father G. Father Family

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد: ٥

Day Month Year
يوم الشهر السنة

6. Age _____ العمر: ٦

Blood Group

7. Nationality _____ الجنسية: ٧

8. Sex _____ الجنس: ٨

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

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

Applicant's Signature

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF _____ RECEIPT _____

LOCATION _____ FEES _____

DATE _____ SIGNATURE _____