

طلب تسجيل بالرعاية الصحية

اسم العضو:
رقم العضوية:
الوظيفة:
تاريخ الميلاد: / /
الرقم القومي:
العنوان:
(مستشفى / غير مستشفى)
وسنة التخرج:
الجهة التابع لها:
تليفون رقم:
صادرة بتاريخ: /
.....

كشف بأسماء الأسرة

م	الاسم	صلة القرابة	ملاحظات
١			
٢			
٣			
٤			
٥			
٦			
٧			
٨			

إقرار

أقر أنا / بأن البيانات الموضحة بعاليه صحيحة وتحت
مسئوليتي الشخصية وخلاف ذلك أتعرض للمسائلة القانونية كما أقر بالموافقة علي النظام المتبع عليه
مشروع الرعاية الصحية وعلي أي تعديلات تتم خلال العام في هذا الشأن.

التوقيع

{ }

تم مراجعة البيانات وتم سداد مبلغ (.....)
بالإيصال رقم (.....) بتاريخ (..... / /)
قيمة الاشتراك في الرعاية الصحية (.....)

توقيع مسئول الرعاية: (.....)