

HAMAD MEDICAL CORPORATION
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT



مؤسسة حمد الطبية

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

+974 5511 ****

Amy Marie Doe

طلب بطاقة صحية
HEALTH CARD APPLICATION

Mother's Name

Electricity #

1. Medical Records No. _____ : رقم الملف الطبي : ١

- Women's Hospital No. _____ : رقم مستشفى النساء :

2. Primary Health Centre No. _____ : رقم المركز الصحي : ٢

3. Health Centre Code No _____ : رمز المركز الصحي : ٣

4. Full Name _____ : الاسم بالكامل : ٤
Jane Max Joshua Doe
العائلة الجد الأب الأول
First Father G. Father Family
5. Date of Birth _____ : تاريخ الميلاد : ٥
24 04 2003
Day Month Year السنة الشهر اليوم
6. Age 18 Blood Group B+ فصيلة الدم : العمر : ٦
7. Nationality American 8. Sex Female : الجنس : ٧
الجنسية
9. Marital Status Single : الحالة الاجتماعية : ٩
10. Work Address _____ : عنوان العمل : ١٠
11. Home Address _____ : عنوان المنزل : ١١
12. Home Telephone _____ Office Tel _____ : تلفون المنزل : 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
Qatar Foundation Building 22, Zone 52, Street 2710
16. ID Number 300***** : رقم البطاقة الشخصية : ١٦
17. Visa Status (Resident/Visitor): Resident : نوع الإقامة : (مقيم/زائر) : ١٧
توقيع صاحب الطلب :
Applicant's Signature _____

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF _____

EXPIRY DATE _____

RECEIPT _____

LOCATION _____

FEES _____

DATE _____

SIGNATURE _____