



« إخطار زيارة للعلاج الطبي »

الاسم /
الوظيفة :
رقم بطاقة التأمين الصحي :
عنوان السكن :
السيد / مدير مستشفى :
السيد / طبيب التأمين الصحي :
تحية طيبة وبعد :

نرجو توقيع الكشف الطبي على السيد المذكور أعلاه المنتفع بالتأمين الصحي بالعيادة وتقرير العلاج اللازم .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام <

شئون العاملين
رئيس القسم
يعتمد
أمين الكلية
مدير الإدارة