|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | استلام بطاقة التأمين الطبي |  |
|  |
| التاريخ: | الموافق: |
| **( 1 ) بيانات الموظف** |
| الاسم: |  |
| الوظيفة: |  |
| الوحدة التنظيمية: |  |
| الإسم: |  |
| **( 2 ) بيانات البطاقة** |
| شركة التأمين: |  |
| رقم البطاقة: |  |
| تاريخ البطاقة: |  |
| فترة التغطية: |  |
| **( 3 ) الأفراد المشمولين بالبطاقة** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **( 4 ) إستلام البطاقة** |
| الإسم: |  |
| التوقيع: |  |
| التاريخ: |  |
|  |