|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 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: |  | | | | |
|  | | | | | |