|  |  |
| --- | --- |
| **طلب تأكيد عضوية** | |
|  | **إسم المريض** |
|  | **رقم الجوال** |
|  | **رقم كرت التامين** |
|  | **هل الحالة طارئة ؟ (نعم ) أو ( لا ) ؟** |
|  | **حالة الكرت ( مفقود او ناسية )** |
|  | **اسم المسشفى** |
|  | **هل المركز معمد للعميل ؟** |
|  | **الإيميل** |
|  | **اسم الموظف** |