|  |
| --- |
| **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**  |