



طلب اشتراك ببرنامج التكافل الصحي

- الاسم (رباعي) : _____
- رقم الهوية : _____ تاريخ الميلاد: _____
- الحالة الاجتماعية : _____
- عنوان السكن الدائم : _____

أسماء المرافقين مع المشترك

م.	الاسم	رقم الهوية	تاريخ الميلاد	صلة القرابة
١.				
٢.				
٣.				
٤.				
٥.				
٦.				
٧.				
٨.				
٩.				
١٠.				
١١.				
١٢.				
١٣.				
١٤.				
١٥.				
١٦.				

مرفقات:

- يرفق صورة هوية الموظف صاحب الطلب.
- يرفق صورة هوية زوجته.
- يرفق صورة هوية الأب والأم فوق سن الستين.