

استلام بطاقة التأمين الطبي

التاريخ:	الموافق:
( 1 ) بيانات الموظف	
الإسم:	
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:	