

طابع تأمين  
صحي فئة  
٥٠ ملجم



كلية التربية النوعية

## أخطار زيارة للعلاج الطبي

الأسم : .....

الوظيفة : .....

رقم بطاقة التأمين الصحي ١٢٥ / /

العنوان : .....

السيد / مدير عيادة التأمين الصحي .....

تحية طيبة وبعد ،،،

نرجوا توقيع الكشف الطبي على السيد المذكور أعلاه المنتفع بنظام العلاج التأميني  
وتقرير العلاج اللازم لسيادته وإفادتنا بالنتيجة .

تحريرا في / / ٢٠٠٠ م

المختص رئيس قسم شئون الأفراد يعتمد ،،

أمين الكلية