

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



كلية الفنون الجميلة  
قسم التأمين الصحي

الهيئة العامة للتأمين الصحي نظام علاج العاملين

اسم المنتفع / ..... رقم بطاقة التأمين / ١٢٤ / ..... / ٨٤٦٠ /  
الوظيفة : ..... الجهة التابع لها : .....

السيد الدكتور / مدير التأمين الصحي

تحية طيبة وبعد

نرجو توقيع الكشف الطبي على السيد المذكور أعلاه حيث أنه من العاملين بالجامعة والمنتفع بنظام التأمين  
الصحي للعاملين بالدولة وتقدير العلاج اللازم له .

ولسيادتكم جزيل الشكر ،،

تحريراً في / / ٢٠١

المختص : ..... مدير شئون العاملين : ..... يعتمد : .....