

اسم المؤمن له:	اسم شركة التأمين:
العمر:	رقم الوثيقة-الرقم الفردي:
رقم الجوال:	تاريخ بدء الوثيقة:
البريد الإلكتروني:	تاريخ انتهاء الوثيقة:
اسم الشركة:	

تملىء من قبل الطبيب المعالج

اسم الطبيب:	الاختصاص:
العنوان:	رقم الهاتف:
التشخيص الأول:	رقم الجوال:
التشخيص الثاني:	تاريخ بدء المرض / التشخيص الأول:
التشخيص الثالث:	

العلاج المتبع

اسم الدواء	عيار الدواء	الجرعة اليومية	مدة العلاج

ختم وإمضاء الطبيب المعالج	التاريخ: 00 / 00 / 00
---------------------------	--------------------------

خاص بشركة غلوب مد السعودية

تمت الموافقة عليه من قبل الطبيب:	التاريخ: 00 / 00 / 00
التوقيع:	