



كلية الآداب

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

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 شؤون العاملين : يعتمد :