



فريق عمل العلاج بالخارج (مستشفى الأحمدى)

إقرار بالموافقة على الاستعلام عن بيانات السفر خلال فترة العلاج بالخارج

انا الموقع أدناه / _____ بالأصالة عن نفسي وبمحض إرادتي واختياري.

أقر بالموافقة على قيام مدير المجموعة الطبية أو من ينوب عنه في مستشفى الاحمدى التابع لشركة نفط الكويت بالاستعلام لدى الجهات المختصة في الدولة وعلى وجه الخصوص وزارة الداخلية عن بيانات السفر الخاصة بي، والمتعلقة بحركة الدخول والخروج من وإلى البلاد خلال فترة العلاج في الخارج، كما أقر بإبراء ذمة شركة نفط الكويت ومستشفى الأحمدى من أية مسؤولية قد تترتب على اتخاذ هذا الإجراء.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الرقم المدني: _____ رقم جواز السفر: _____

رقم ملف المريض: _____

وقع السيد / _____ هذا الإقرار أمامي بعد ان قرأ نصه وأعلن تفهمه لكل ما جاء فيه.

الاسم: _____ التوقيع: _____

التاريخ: _____ الرقم الوظيفي: _____