

فريق عمل العلاج بالخارج (مستشفى الأحمدى)

إقرار وتعهد للمريض والمرافقين

١. نحن الموقعون أدناه نقر بأننا اطلعنا على اللوائح والنظم المعمول بها بشركة نفط الكويت بشأن المرضى المرسلين للعلاج بالخارج ومرافقيهم.
٢. أخطنا علماً بأن لوائح شركة نفط الكويت لا تسمح للشركة بتحمل أي نفقات علاج لمرافقي المريض أثناء فترة العلاج بالخارج لأي سبب من الأسباب.
٣. نقر بأن شركة نفط الكويت لا تتحمل أي نفقات فحص أو مراجعة الحمل والولادة لمرافقات المرضى.
٤. نتعهد برد أي مبالغ (مخصصات) تصرف لنا بالزيادة بدون وجه حق من قبل شركة نفط الكويت.
٥. نقر بأننا بكامل الأهلية من الناحية الصحية ونتحمل كافة مسؤوليات المريض خلال رحلة علاجه بالخارج وبأداء واجبنا على أكمل وجه كمرافقين له.
٦. أخطنا علماً بطلب شركة نفط الكويت لنا بعمل بوليصة تأمين دولية قبل السفر وذلك لتغطية ما قد نتعرض له من مرض أو حوادث أثناء فترة المرافقة وملتزم باستخراج هذه البوليصة.

	اسم المريض:
	التوقيع:
	رقم الملف:
	الرقم المدني:
	اسم المرافق الأول:
	التوقيع:
	الرقم الوظيفي (في حال كان موظفاً في القطاع النفطي):
	الرقم المدني:
	صلة القرابة بالمريض:
	اسم المرافق الثاني:
	التوقيع:
	الرقم الوظيفي (في حال كان موظفاً في القطاع النفطي):
	الرقم المدني:
	صلة القرابة بالمريض:

_____ **التوقيع:** _____ **مقدم الطلب:**

_____ **التوقيع:** _____ **مستلم الطلب:**