



فريق عمل العلاج بالخارج (مستشفى الأحمدى)

طلب تبديل مرافق

إقرار وتعهد تبديل المرافقين خلال رحلة علاج المريض المرسل للعلاج بالخارج

اسم المريض: _____

رقم الملف: _____

بلد العلاج: _____

المرافق المستبدل: _____

المرافق البديل: العمر: _____ (العمر المسموح به فوق ١٨ عاماً).

صلة قرابة المرافق البديل بالمريض: _____ مكان العمل: _____

الرقم المدني: _____

تاريخ التبديل: _____

المرفقات المطلوبة:

- صورة جواز المرافق البديل وصورة تذكرة السفر.

ملاحظة: عند عودة المرافق المستبدل يرجى تسليم الجواز الأصلي لقسم العلاج بالخارج وذلك لعمل إجراءات العودة.

مقدم الطلب: _____ رقم الهاتف: _____

الرقم المدني: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____

مستلم الطلب: _____ التوقيع: _____