



شركة الواحة للنفط

اسم المستخدم : _____ رقم الشركة : _____

الإدارة : _____ القسم : _____

رقم الهاتف : _____ / _____

البريد الإلكتروني : _____

نوع الرعاية الصحية المطلوبة لسنة (2018) : نظام التأمين الطبي (البطاقات التأمينية)

الحالة الإجتماعية للمستخدم : أعزب متزوج فقط متزوج و لديه أبناء
أفراد الأسرة المدرجين مع المستخدم : الأم الأب الزوجة/الزوج الأبناء
عدد الزوجات عدد الأبناء

ملاحظة : هذا الطلب مرفوض إذا لم يتم ارفاقه بصورة من الصفحة الانجليزية لجواز السفر أو نموذج استخراج الجواز باللغة الانجليزية لمن ليس لديه جواز لجميع أفراد الأسرة (المستخدم/ة - الأم - الأب - الزوجة/الزوج - الأبناء)

ولكم جزيل الشكر

مقدم الطلب _____

التوقيع _____

التاريخ _____ / _____ / 2018 م