

شركة الواحة للنفط
قسم التأمين الطبي

نموذج تعبئة الرقم الوطني

رقم الشركة : _____ الإسم : _____

رقم النقال : _____ البريد الإلكتروني : _____

يتم ملء البيانات الخاصة بأفراد الاسرة المراد تسجيلهم بمنظومة الرعاية الطبية حسب نموذج الرقم الوطني .
ملاحظة : يستثنى من ذلك أفراد الاسرة المتوفين وأيضاً الأبناء المتزوجون والبنات المتزوجات.

رقم القيد

الرقم الوطني (رقم 12)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الإسم ثلاثي	المستخدم

الرقم الوطني (رقم 12)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الإسم ثلاثي	الام
			الاب

الرقم الوطني (رقم 12)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الإسم ثلاثي	الزوجة او الزوج
			الزوجة او الزوج
			الزوجة او الزوج

الرقم الوطني (رقم 12)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الإسم ثلاثي	الإبن أو الإبنة
			الإبن أو الإبنة
			الإبن أو الإبنة
			الإبن أو الإبنة
			الإبن أو الإبنة
			الإبن أو الإبنة
			الإبن أو الإبنة
			الإبن أو الإبنة

التاريخ: _____

توقيع المستخدم: _____

التاريخ: _____

توقيع مدخل البيانات: _____