



# الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل

رقم الطلب ( ) نموذج طلب تعاقد تاريخ الطلب ( / / )

## بيانات مقدم الخدمة

إسم الجهة :  
التصنيف : ☐ مستشفى ☐ مركز علاج ☐ معمل تحاليل ☐ مركز أشعة ☐ مركز علاج طبيعي ☐ صيدلية ☐ أطباء  
التخصص :  
المحافظة : العنوان :  
رقم السجل التجاري : البطاقة الضريبية :  
التليفون : الفاكس :  
البريد الإلكتروني :

## بيانات مسئول التواصل

الإسم : رقم الهاتف :

رقم المرفق	وصف المرفق	نوع المرفق

## بيانات مقدم الطلب

الإسم : الوظيفة : الرقم القومي :  
التوقيع :