



تسجيل طلب مريض

1	معلومات شخصية	2	كود التفعيل	3	معلومات الإتصال	4	بيانات الطلب الطبي	5	المرفقات
اسم المريض	الجنس	الجنسية	اسم المريض	الجنس	الجنسية	الجنس	الجنسية	الجنس	الجنسية
اسم المريض	ذكر	الجنسية	اسم المريض	ذكر	الجنسية	الجنس	الجنسية	الجنس	الجنسية
الفئة	رقم الجوال	البريد الالكتروني	الفئة	رقم الجوال	البريد الالكتروني	الفئة	رقم الجوال	البريد الالكتروني	الفئة
مواطن	9865442713093	mo@gmail.com	مواطن	9865442713093	mo@gmail.com	مواطن	9865442713093	mo@gmail.com	مواطن

التالي

Step 1 of 5