

تعميد
علي حساب الجمعية

رقم التعميد : 6

مدة التعميد : شهر ☒ ٣ أشهر ☐ ٦ أشهر

رقم الطلب : 35

التاريخ :

اسم المستفيد : ابراهيم ناب مهدى العجمى	رقم الهوية : 1111111111
رقم الجوال : 0546632900	رقم الملف : 35
التشخيص : عدم انتظام ضربات القلب	

البيانات الشخصية

السادة / مستشفى الامل المحترمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بالاشارة الي قبول الحالة من المركز اعتمدو علاج المستفيد الموضحة بياناته أعلاه بمبلغ وقدره **500000 ريال فقط** وسيصلكم الشيك بعد تقديم مستندات العلاج من طرفكم باذن الله تعالى , كما نأمل تزويدنا الشيك بعد تقديم مستندات العلاج من طرفكم باذن الله تعالى . كما نأمل تزويدنا بالتقرير الطبي بعد بعد انتهاء العملية مع القيمة المالية ليتم صرف المبلغ لكم

علما بأن الجمعية لا تتحمل أي مصاريف اضافية خارج نطاق هذا التعميد

للتواصل مع الرقم **050000000000**

ولكم أطيب التحية و التقدير

المدير التنفيذي

الإدارة التنفيذية: الاعتماد