

National Health Insurance Company - Daman P.O. Box 128888 Abu Dhabi, UAE Phone: +971 2 6149555 Fax: +971 2 6149775	Medical Consent Form	Daman ضمان
--	----------------------	------------

Consent For Release Of Medical Information الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الطبية								
Patient Name اسم المريض	:	Alston Rebello		Emirates ID هوية الإمارات	:	784-1991-2906159-3		
File No رقم الملف	:	17	DOB تاريخ الميلاد	:	1996-06-20	Nationality جنسية	:	Indian
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Alan Alfred	Date تاريخ	:	2024-04-19

I, the Undersigned,do hereby authorise the National Health Insurance Company - Daman to have access to and take copies of my medical records at any Hospital, Clinic or ,Medical Provider or any Insurance Company.

The National Health Insurance Company - Daman will ensure the confidentiality of any information it receives in relation to this consent as required by the Law .

أنا الموقع أدناه أوافق الشركة الوطنية للتأمين الصحي - ضمان بالوصول إلى سجلاتي الطبية وأخذ نسخ منها في أي مستشفى أو عيادة أو مقدم خدمة طبية أو أي شركة تأمين.

ستضمن شركة التأمين الصحي الوطنية - ضمان سرية أي معلومات تلقاها فيما يتعلق بهذه الموافقة وفقًا لما يقتضيه القانون.

Name	Alston Rebello	اسم
Parent/Guardian/Attorney of:	erewr	الوالد/ الوصي/ المحامي:
Medical Record No.:	17	رقم السجل الطبي:
Daman/Thiqa Card No.:		رقم بطاقة ضمان/ثقة:
Mobile Number.:	971506245967	رقم الهاتف المحمول:
Date:	2024-04-19	تاريخ: