

Consent For Release Of Medical Information

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الطبية

Patient Name	:	sandhya rani	Emirates ID	:	784-1996-9294842-7
File No	:	7	DOB	:	2023-10-09
Gender	:	Female	Doctor's Name	:	Alan Alfred
			Date	:	2023-11-29

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.

أنا الموقع أدناه أفوض 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.

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.

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

Name	sandhya rani	اسم
Parent/Guardian/Attorney of:	1	الوالد/ الوصي/ المحامي:
Medical Record No.:	7	رقم السجل الطبي:
Daman/Thiqa Card No.:		رقم بطاقة ضمان/ثقة:
Mobile Number.:	971587654201	رقم الهاتف المحمول:
Date:	2023-11-29	تاريخ: