

استبدال مرافقة المريض - Replace Patient Escort

التاريخ - DATE

رقم الملف File No.

اسم المريض Patient Name

Saudi National Identification No.

رقم الهوية الوطنية السعودية

عنوان البريد الإلكتروني E-Mail Address

رقم الهاتف Phone No.

رقم الفاكس Fax No.

Home Address:

عنوان السكن

City:

المدينة

State

ولاية

Zip Code:

الرمز البريدي

مرافقة المرضى الحالي - Current Patient Escort

Current Escort Name

اسم مرافقة الحالي

Saudi National Identification No.

رقم الهوية الوطنية السعودية

رقم الهاتف Phone No.

مرافقة المرضى الجديد - New Patient Escort

New Escort Name

اسم مرافقة الجديد

Saudi National Identification No.

رقم الهوية الوطنية السعودية

رقم الهاتف Phone No.

بيان الإقرار للمرافق أو المريض

أقر أنا (المرافق / المريض) الموقع أدناه بأن جميع البيانات المسجلة صحيحة وأ بأنني (المرافق / المريض) لا أتقاضى أي مخصصات من أي جهة حكومية أو قطاع حكومي أو مؤسسة حكومية، و إذا ثبت خلاف ذلك (بأنني اتقاضى أو أستلم أي مخصصات) فيحق للملحقية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية استعادة ما صرف لي بدون وجه حق. كما أقر بأنني قد اطلعت على كامل إجراءات السفر التي سلمت لي من قبل الهيئة الطبية التي تضمنت البنود.
وعلى ذلك جرى التوقيع

التوقيع _____ التاريخ _____ / _____ / _____