

الصورة

بسم الله الرحمن الرحيم  
شركة النيل الازرق للتأمين المحدودة  
ادارة التأمين الصحي

استمارة رقم (1)  
سواقط صور

(الرجاء كتابة الاسم رباعي)

اسم الموظف : ..... المكتوب :

الدرجة : ..... رقم البطاقة :

الوالدين :

تاريخ الميلاد	الاسم رباعي	تاريخ الميلاد	الاسم رباعي

الزوجات:

تاريخ الميلاد	الاسم رباعي

الابناء:

تاريخ الميلاد	النوع	الاسم	تاريخ الميلاد	النوع	الاسم

لجنة البطاقات