

إقرار

أقر أنا/ رقم قومي/
بصفتي المريض/ قريب المريض/ من الدرجة الأولى/ الثانية
بأنني أرغب في العلاج بالغسيل الكلوي بمركز/ نظرا لأنه أقرب
مركز متخصص للغسيل لمحل إقامة المريض وبذلك لا يحق لي المطالبة بأي مبالغ نقدية نظير فرق سعر الجلسة
أو إنتقالاتي أو أي نفقات أخرى بخلاف ما هو محدد بالقرار.

وهذا إقرار مني بذلك.

مقدمه لسيادتكم

..... /الاسم/

..... /التوقيع/

..... /الرقم القومي/

+ صورة الرقم القومي

يعتمد

وحدة الغسيل الكلوي بالمستشفى