کیپٹل ہسپتال (سی ڈی اے) اسلام آباد

فارم برائے میڈیکل کارڈ

(a) حلف نامہ

میں اللہ تعالیٰ کو حاضر ناظر جان کر حلفیہ بیان دیتا/دیتی ہوں کہ میں جو کچھ کہوں گا/گی سچ کے سوال کچھ نہیں کہوں گا/گی۔

(ا) یہ کہ میرے والد _____ زندہ ہیں وہ مجھ پر dependent ہیں اور کسی دوسرے سرکاری ادارے سے میڈیکل سہولت حاصل نہیں کر رہے ہیں اور میرے ساتھ رہ رہے ہیں۔

(ب) یہ کہ میری والدہ _____ زندہ ہیں وہ مجھ پر dependent ہیں اور کسی دوسرے سرکاری ادارے سے میڈیکل سہولت حاصل نہیں کر رہی ہیں اور میرے ساتھ رہ رہی ہیں۔

(ج) یہ کہ میری بیوی _____ زندہ ہے وہ مجھ پر dependent ہیں اور کسی دوسرے سرکاری ادارے سے میڈیکل سہولت حاصل نہیں کر رہی ہیں۔

(د) یہ کہ میرے خاوند _____ زندہ ہیں وہ مجھ پر dependent ہیں اور کسی دوسرے سرکاری ادارے سے میڈیکل سہولت حاصل نہیں کر رہے ہیں۔

(ر) یہ کہ میرے مندرجہ ذیل بچے/بچیاں غیر شادی شدہ ہیں مجھ پر dependent ہیں اور کسی سرکاری ادارے میں ملازم نہیں اور قانونی وارث بھی ہیں۔

نمبر شمار	نام	عمر	رشتہ	شناختی کارڈ نمبر/رجسٹریشن نمبر "ب" فارم
1				
2				
3				
4				
5				
6				

(b) درخواست

میں درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ میری مندرجہ بالا فیملی ممبرز کے میڈیکل کارڈ جاری کیے جائیں۔

تاریخ _____ نام/دستخط _____

تصدیق (صرف ڈائریکٹر اور ڈپٹی ڈائریکٹر) _____ شناختی کارڈ نمبر _____

نام _____ دستخط _____ عہدہ _____

شناختی کارڈ نمبر _____ سرکاری پتہ _____

مہر _____ فون نمبر _____

برائے دفتر

نمبر شمار	نام	عمر	رشتہ	میڈیکل کارڈ نمبر
1				
2				
3				
4				
5				
6				

آفیسر انچارج

(دستخط اور مہر)