

هذه البيانات سرية جدا لا يطلع عليها سوى المسئول المعنى فقط بالخدمة فيرجاء ملئ البيانات بدقة و التزام حتى يتسنى لنا خدمتكم سرعه و دقة

تسجيل المرضى

نظرا لضغط الحالات على الخدمة فسننتصل بكم قريبا فى اسرع وقت
فارجوا ملئ البيانات المطلوبة كاملة وسليمة حتى يتسنى لنا خدمتكم
وغير مسموح لاحد الاضطلاع عليها ولا يجوز استخدام هذه البيانات فى الاعلانات او غيرها هذه المعلومات سرية
فجميع البيانات خاصة بالخدمة ولا يطلع عليها غير المسئول عن الخدمة فقط
شكرا لتسجيلكم معنا

برجاء تعبئة البيانات يدويا و ارسالها على

ص ب 2899 الحرية هليوبوليس

الاسم الثلاثى		اسم المريض:
يوم ,	شهر ,	تاريخ الميلاد
سنة	اتنى	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
الإيميل:		
شارع		العنوان:
رقم العقار او البلوك + اسم الشارع او الحارة		
الحى / مدينة		
المحافظة		
الرقم البريدى		
الدولة		
تليفون المنزل:		
موبايل:		
المؤهلات:		
المؤهل:		
نوع المؤهل الدراسى:		
تاريخ المؤهل:		سنة
الوظيفة الحالية:		
جهة العمل:		
عنوان العمل	تليفون العمل	فاكس

بيانات خاصة:

اسم الكنيسة التابع لها:	اسم الكنيسة - المنطقة	اسم أب الاعتراف:	
اسم الخادم المسؤول:	الاسم ثلاثي	تليفون الخادم:	
		بريده الالكتروني:	

بيانات خاصة بالحالة

نوع المرض:	الحالة المرضية	تاريخ المرض:	
المساعدة المطلوبة:			
بمن نتصل:			

بيانات عامة:

الرقم القومى	
جهة اصدار البطاقة	
الحالة الاجتماعية:	فى حالة متزوج عدد الاولاد
الموقف التجنيدى:	
طريقة الاتصال المفضلة:	<input type="checkbox"/> بالهاتف <input type="checkbox"/> بالإيميل
ملاحظات:	إذا كنت ترغب فى اضافة معلومة او بيان اضافى او اقتراح
	أنسب وقت للاتصال افضل يوم

[تحت رعاية أسرة ابونا بشوى كامل.](#)

[فريق وان واى](#)
 لخدمة الحالات الخاصة