



A 23

(إختيار طبيب على المسؤولية الشخصية)

(في حالة توقيع المريض على الطلب)

أنا المريض (ة) :

الرقم الشخصي:

(في حالة توقيع المرافق على الطلب)

أنا المرافق:

المرافق للمريض (ة) :

الرقم الشخصي:

أتعهد

في حالة قيامي باختيار مستشفى او طبيب غير معتمد من جانب المكتب الطبي فإن ذلك يكون على مسؤوليتي الشخصية ولا يتحمل المكتب الطبي أية مسؤولية تترتب على ذلك.

أنا الموقع أدناه إخترت الطبيب على مسؤوليتي الشخصية.

الإسم:

التوقيع: