



## نموذج طلب وصفة طبية للأمراض المزمنة

اسم المحامي / المحامية .....

رقم العضوية .....

رقم الهوية .....

الشروط الاستثنائية والموافقات

.....

التوقيع: ..... التاريخ: .....

ملاحظات:

1. التقرير الطبي مع وصفة الأمراض المزمنة يجب أن تكون مرفقة ضمن هذا النموذج توضيح الجرعة اليومية للدواء ومدة العلاج.

2. لا تتم الموافقة على التقرير الطبي الصادر عن طبيب عام.

لاستخدام شركة نات هيلث فقط:

الرقم التسلسلي للمريض .....

اسم الموظف: ..... رقم بطاقة الموظف: .....

الصفة المرفوض: .....

.....

القدس عاصمة فلسطين الابدية

.....

التوقيع: ..... التاريخ: .....

نقابة المحامين الفلسطينيين – الخدمات المحامين