

## توكيل وتفويض

أنا الموقع أدناه \_\_\_\_\_ (ادخل اسم صاحب الوثيقة) أو \_\_\_\_\_  
(صاحب البطاقة) \_\_\_\_\_ (ادخل الجنسية)، حامل جواز سفر رقم/ بطاقة هوية  
رقم \_\_\_\_\_ (ادخل رقم الجواز/ رقم الهوية)، بصفتي حامل خلاصة قيد رقم \_\_\_\_\_  
(ادخل رقم خلاصة القيد)، أعيّن وأنصب وأفوض:  
السيد/ السيدة \_\_\_\_\_ (أدخل اسم المخول بالتوقيع)، \_\_\_\_\_ (ادخل الجنسية)،  
ويحمل جواز سفر رقم/ بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_ (ادخل رقم الجواز/ رقم الهوية)،  
القيام بكل ما يلزم لحصولي على وثيقة التأمين الصحي (ثقة) من تقديم طلب تجديد، تعديل، وأن يقوم مقام نفسي في الاستلام، التسليم  
والتوقيع على الاستمارات والطلبات المتعلقة بهذه الوثيقة نيابة عني.  
إشهاداً على ماتقدم، قمت بتنفيذ هذا التوكيل حسب الأصول وأوعزت بوضع توقيعي أدناه في تاريخ \_\_\_\_\_ (ادخل التاريخ).

توقيع الموكل