



طلب ماكينة أوكسجين

اسم المريض الثلاثي:

الجنس: أنثى ذكر العمر:

عنوان السكن بالتفصيل:

المنطقة:، الشارع.....، المبنى،
الطابق

رقم السجل:/..... (تُرفق صورة عن الهوية أو بيان القيد الفردي)

رقم الهاتف الخليوي: رقم الهاتف الأرضي:

حالة المريض :

.....
.....

تاريخ الطلب:

المدة المطلوبة:

توفر الماكينة: متوفرة غير متوفرة

رأي المدير الطبي: موافق غير موافق

ملاحظات:



إقرار باستلام ماكينة أوكسجين وتعهد بإعادتها

اسم المريض الثلاثي:

الجنس: أنثى ذكر العمر:

عنوان السكن بالتفصيل:

المنطقة:، الشارع.....، المبنى،
الطابق

رقم السجل:/..... (تُرفق صورة عن الهوية أو بيان القيد الفردي)

رقم الهاتف الخليوي: رقم الهاتف الأرضي:

حالة المريض :

.....
.....

تاريخ الطلب:

المدة المطلوبة:

رأي المدير الطبي:

.....

مدة استخدام الماكينة:

قدرة الماكينة: رقم الماكينة:



تاريخ الإستلام:

أنا الموقع أدناه.....، لما كنتُ قد إستلمتُ من جمعية الصليب الأحمر اللبناني -
المركز الرئيسي في سبيرز ماكينة الأوكسجين المذكورة أعلاه، وذلك لكي تُستخدم من قبل المريض المذكور
أعلاه وخلال المهلة المحددة في هذا الإقرار والتعهد.
وأتعهد بإعادة هذه الماكينة بحالة جيدة فور الإنتهاء من استعمالها.

التاريخ:

الإمضاء:

الإسم الكامل: