

REQUEST FORM TO UPDATE CONTACT DETAILS



Kindly Enclose the Copy of Any Valid ID Proof
(Emirates ID / GCC ID / Driving license / Passport)

RG Number : _____

Name : _____

Date of Birth: _____

Nationality : _____

Kindly update my new mobile number / Email ID / Address
in Prime Hospital and Prime Medical Centers records.

New Mobile No. : _____

E-mail Address : _____

Resident Address: _____

I Hereby acknowledge that the Prime Medical Centers / Prime Hospital may use the above contact details for sending the correspondence, communications & marketing purposes

Signature	: _____	Date: _____
Name	: _____	
Relation to patient	: _____	

يرجى إرفاق إي بطاقة تعريفية خاصة بك
(بطاقة الهوية / رخصة القيادة / جواز السفر)

رقم السجل الطبي: _____
الأسم: _____
تاريخ الميلاد: _____
الجنسية: _____

يرجى تحديث رقم الهاتف والبريد الإلكتروني الخاص
بي في سجلات المستشفى والمراكز الطبية الخاصة ببرايم

رقم الهاتف الجديد: _____
البريد الإلكتروني: _____
العنوان: _____

أوافق وأصرح لمستشفى برايم ومراكز برايم الطبية باستخدام البيانات المسجلة أعلاه لإرسال المعلومات الخاصة
بي والاتصال بي وللأمر التسويقي.

التوقيع: _____ التاريخ: _____
الأسم: _____
علاقته بالمريض: _____