



ISLAMABAD CAPITAL TERRITORY POLICE HEALTH CARD INFORMATION

PHOTO

Personnel No. _____

Employee Name _____

Rank with No. _____

CNIC _____ - _____ - _____ Cell No. _____

Date of Birth _____ D.O. Recruitment _____ D.O. Retainment _____

Emergency Contact: _____ Blood Group: _____

EMPLOYEE FAMILY DETAILS

S/No.	Name	CNIC	DOB	Relation with Employee
1				Father
2				Mother
3				Wife/Husband
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

یہ فارم ملازمین اسلام آباد پولیس کی ویلفیئر کے لئے ہے۔ فارم میں اپنی اور فیملی کی درست انفارمیشن درج کریں۔ کسی بھی قسم کی غلط انفارمیشن کی صورت میں محکمہ کارروائی عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ میں نے فارم میں درج تمام معلومات درست درج کی ہیں

دستخط پولیس ملازم

تاریخ

Holder received the Original Card as per Specimen

FOR OFFICE USE ONLY

Verified by OSI DATA _____

Signature OD/HQ

Family No. _____ /Admin

Verified by Admin DATA _____

Signature IC Admin HQ

Senior Superintendent of Police
Logistics Headquarters Islamabad

Dated: _____/R-SSP/HQ Dated: / /20