



โรงพยาบาลสมิติเวช
SAMITIVEJ HOSPITALS

CFE Registration Form Formulaire d'inscription CFE

Patient's information *Patient de l'information*

Date :

Name *Nom* :

Date of Birth *Date de naissance* : Nationality *Nationalité* :

Passport number *Numéro de passeport* :

Address in Thailand *Adresse en Thaïlande* :

.....
.....

Contact Number *Numéro de contact* : E-Mail :

Contact person in case of emergency *Personne à contacter en cas d'urgence* :

..... Relationship *Relations* :

Contact Number *Numéro de contact* :

CFE member *Membre CFE* Not a CFE member *Pas un membre CFE*

If CFE number, CFE membership number *Si un certain nombre CFE, numéro de membre*

CFE :

If not CFE member, please fill in the following details :

Si ce n'est pas un membre de la CFE, s'il vous plaît fournir les informations suivantes

Services under CFE membership number *Services en vertu de CFE numéro de membre* :

.....

Name of member *Nom du membre* :

Date of Birth *Date de naissance* :
