

### Authorized Recipient of Refund

Date: .....

I, \_\_\_\_\_,  
 the undersigned, a .....  
 Nationality with Civil ID  
 number.....  
 represents my \_\_\_\_\_  
 (relationship with the patient), Mr. /Mrs.:  
 .....  
 (Name of the Patient). With the  
 authorization and legal evidences I carry  
 herewith, I take full legal accountability  
 and criminal liability in case of any data  
 discrepancy as I received a refund with an  
 amount of \_\_\_\_\_  
 Kuwaiti Dinar / KWD \_\_\_\_\_  
 on his/ her behalf from Al Salam Hospital  
 Company.

This serves as notice of receipt and  
 delivery therefore shall take full clearance  
 from Al Salam Hospital Company and  
 shall not take any legal accountability with  
 the latter related to this matter thereafter.

I swear and conform:

Name:

Signature:

### إقرار وتعهد باستلام مبلغ مالي

التاريخ: .....

أنا الموقع أدناه / ..... الجنسية ب . م  
 رقم ( ) وحيث أنني يربطني صلة  
 قرابة بالسيد/السيدة.....  
 ...../الصلة.....  
 وأحمل المستندات الدالة على ذلك وأقر على صحتها وأتحمل  
 كافة المسؤولية المدنية والجزائية في حال مخالفة تلك البيانات.  
 وأقر وأنا بكامل أهليتي القانونية بانني استلمت مبلغ وقدره  
 # ..... # د.ك. (.....)  
 دينار كويتي) من شركة مستشفى السلام بدلاً من السيد/ السيدة  
 /..... و ذلك  
 نظير.....  
 .....  
 وأتعهد بتسليم هذا المبلغ للسيد/ السيدة/.....  
 ..... دون أدنى مسؤولية على شركة مستشفى السلام .  
 و لا يحق لي عن نفسي وبصفتي المذكورة أعلاه الرجوع إلى  
 شركة مستشفى/ السلام حالاً أو مستقبلاً بهذا المبلغ، وهذا الإقرار  
 بمثابة براءة ذمة ومخالصة نهائية لشركة مستشفى/ السلام  
 وهذا إقرار وتعهد مني بذلك.

المقر بما فيه:

الإسم/

التوقيع/