

Letter of Undertaking - Aster Medical Card Usage

I, ANTONY RAJ,
hereby acknowledge that I have received the Aster Medical Card and understand the terms and conditions associated with its usage.

I confirm that I can utilize this card for medical treatments at the designated Aster facilities mentioned on the card.

I am fully aware that the monthly limit for the Aster Medical Card is QAR 500 and **I understood it will expire on 31st December 2025.** In the event that I exceed this limit, I understand that the Gulf Exchange Company has the right to deduct the excess amount of the 500 riyals from my salary without any further notice.

Please find below my details for reference:

Name: _____

Staff Number: _____

Position: _____

Department: _____

QID Number: _____

I affirm that I have read and understood the terms mentioned above and agree to comply with the rules and regulations pertaining to the usage of the Aster Medical Card.

Sincerely,

Signature: _____

خطاب تعهد - استخدام بطاقة أستر الطبية

أقر أنا ، _____ ،

بأنني استلمت بطاقة أستر الطبية وأني أفهم الشروط والأحكام المرتبطة باستخدامها.

أؤكد أنني يمكنني استخدام هذه البطاقة للعلاج الطبي في المرافق المعينة لشركة أستر المذكورة على البطاقة.

أنا مدرك تمامًا أن الحد الشهري لبطاقة أستر هو 500 ريال قطري **وفهمت أنها ستنتهي في 31 ديسمبر 2025.** في حال تجاوزت هذا الحد، فإنني أدرك أن لشركة الخليج للمرافقة الحق في خصم المبلغ الزائد من 500 ريال من راتبي بدون إشعار أو الرجوع إلي.

يرجى الاطلاع أدناه على التفاصيل الخاصة بي للرجوع إليها:

الاسم : _____

رقم الموظف : _____

المهنة : _____

القسم : _____

رقم البطاقة الشخصية : _____

أؤكد أنني قد قرأت وفهمت الشروط المذكورة أعلاه وأوافق على الامتثال للقواعد واللوائح المتعلقة باستخدام بطاقة أستر الطبية.

مع خالص التحية،

التوقيع: _____