

## جانب رئيس مكتب ..... الاقليمي / المحلي

انا الموقع أدناه، المضمون ..... المسجل في الصندوق الوطني  
للضمان الاجتماعي تحت الرقم ..... وأعمل لدى مؤسسة  
..... رقم تسجيلها ..... والمقيم في

أرجو الموافقة على إعطائي إفادة تثبت استفادتي حالياً من تقديمات فرع ضمان المرض  
والامومة تبعا لتوفر الشروط القانونية والنظامية المثبتة لديكم. وذلك لتقديمها الى جمعية يدنا -  
(مركز صحة قلب المرأة) للتمكن من العلاج.

### معلومات تتعلق بالمريض

هل المريض هو المضمون:

نعم  كلا

في حال كون المريض غير مضمون:

زوجة  والدة  ابنة

اسم وشهرة المريض ..... تاريخ ولادته .....

توقيع المضمون

ربطاً:

- صورة عن هوية / إخراج قيد إفرادي
- للمضمون وللمستفيد المطلوب معالجته.
- إفادة عمل

## جانب جمعية يدنا - (مركز صحة قلب المرأة)

يفيد مكتب ..... الاقليمي / المحلي، بأن المضمون

..... رقمه في الصندوق ..... يستفيد حالياً من

تقديمات فرع ضمان المرض والامومة تبعاً لتوفر شروط الاستفادة القانونية والنظامية.

وعليه، فانه وبموجب هذه الافادة يمكنكم استقبال هذا المضمون أو المستفيد على عاتقه

..... ومعاينته واجراء الفحوصات المخبرية والشعاعية المتعلقة

بامراض القلب والشرائين - دون الاستشفاء.

**ربطاً:**

صورة عن هوية المضمون والمستفيد.

اسم المؤسسة ورقمها: .....

اسم المستفيد وتاريخ الولادة: .....

درجة القرابة: .....

نهاية الحق: .....

...../.....

خاتم وتوقيع رئيس المكتب

خاتم وتوقيع المراقب

خاتم وتوقيع المصفي