

ANNEXE RELATIVE  
A LA DEMANDE D'ADHESION

الجمهورية التونسية  
وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن  
والتونسيين بالخارج  
الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلب انخراط في الاتفاقية القطاعية

طبيب أسنان

إني الممضي أسفله:

الاسم:.....  
اللقب:.....  
اللقب قبل الزواج (البنات):.....

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنفابة التونسية لأطباء الأسنان للممارسة الحرة بتاريخ ..... 2006،

وبصفتي طبيب أسنان ، الاختصاص\*.....

رقم التسجيل بالعمادة :

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

عنوان العيادة:.....  
المدينة:..... الترقيم البريدي

الهاتف:..... الفاكس:.....  
العنوان الإلكتروني:.....

أطلب انخراطي بالاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء بها من مقتضيات.  
المركز المرجع\*\*.....

..... في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- نسخة مطابقة للأصل من شهادة للعمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة

\* أذكر الاختصاص إن كان لديكم اختصاص معترف به من قبل العمادة  
\*\*الرجاء اختيار المركز المحلي أو الجهوي المرجع (centre de référence) الذي ترغبون في اللجوء إليه في كل معاملاتكم مع الصندوق .