

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 معوض

إني الممضي أسفله:

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

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

وبصفتي طبيب أسنان ، الاختصاص*.....

رقم التسجيل بالعمادة :

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

أطلب انخراطي بالاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء بها من مقتضيات.

..... 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

**ANNEXE RELATIVE
A L'ORDONNANCE MEDICALE**

Docteur (nom, prénom)

Spécialité

Adresse

Tél :

.....{الاسم واللقب} الدكتور

.....الاختصاص

.....العنوان

.....الهاتف :

ORDONNANCE MEDICALE

Mr, Mme (nom, prénom du bénéficiaire){الاسم واللقب} المنتفع

Identifiant unique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المعرف الوحيد

E *US*

Date : __ / __ / ____

Cachet + signature du médecin prescripteur