

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الاجتماعية
الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلب انخراط في الاتفاقية القطاعية

طبيب أسنان

إتي الممضي أسفله :

الاسم :
اللقب :
اللقب قبل الزواج (البنات) :

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لأطباء الأسنان
الممارسين بصفة حرة بتاريخ

وبصفتي طبيب أسنان ، الاختصاص*

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

رقم التسجيل بالعمادة :

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□						

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم :

الترقيم البريدي

المدينة :

الهاتف :

العنوان الإلكتروني :

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

المركز المرجع**.....

.....في.....

الختم و الإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- نسخة مطابقة للأصل من شهادة متحصل عليها من قبل العمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة
- نسخة من بطاقة التعريف الجبائية

*أنكر 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 .