

إعلام بتعويض طبيب أسنان متعاقد

إني الممضي أسفله :

..... الاسم :

..... اللقب :

..... اللقب قبل الزواج (البنات) :

.....

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

الرمز التعاقدي :

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

وبصفتي طبيب أسنان ،

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

مسجل بالعمادة تحت رقم :

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

و صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم :

أعلم الصندوق الوطني للتأمين على المرض بمقتضى هذا، بوضعية تعويض.

الطبيب المعوض :

..... الاسم :

..... اللقب :

رقم هاتف الطبيب المعوض :

رقم تسجيل الطبيب المعوض بالعمادة :

--

تمديد

--

التعويض : أولي

..... من إلى

..... في

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة : نسخة من بطاقة التعريف الوطنية بالنسبة للطبيب المعوض.