

ملحق 1

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

مطلب انخراط في الاتفاقية القطاعية

طبيب

إني الممضي أسفله:

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

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لأطباء الممارسة الحرة بتاريخ

وبصفتي: طبيب عام طبيب مختص الإختصاص*.....

رقم التسجيل بالعمادة:

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

عنوان العيادة:.....
المدينة:.....
الترقيم البريدي
الهاتف:.....
الفاكس:.....
العنوان الإلكتروني:.....

أطلب انخراطي في الاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء فيها من مقتضيات.
المركز المرجع**.....

في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- شهادة من العمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة
- كشف في الهوية البنكية أو البريدية (RIB)

* أذكر الإختصاص إن كان لديكم إختصاص 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 .