**وصل الاستفادة من الأشعة**

**بمركز التصوير الطبي المنار**

لقب واسم الموظف : .......................................................................................................

 مكان التعيين ( الكلية­/ المعهد):.........................................................................................

 رقم الهاتف :..................................................................................................................

لقب واسم المريض:........................................................................................................

 المعني القرين الولد المتكفل به

**رئيس هيكل التسيير**

يستفيد الموظف من إعانة طبية واحدة فقط في السنة مهما كان نوعها وقيمتها وكذلك ذوي الحقوق

**خاصة بمركز التصوير الطبي المنار**

 تاريخ إجراء الأشعة:........................................................................................................

 نوع الأشعة :...............................................................................................................

 المبلغ الإجمالي للأشعة **(**بعد التخفيض **10%).** ........................................................................

 مبلغ مساهمة الموظف **(35% )**........................................................................................... مبلغ مساهمة اللجنة **(65%)**.............................................................................................

 **ختم مركز التصوير الطبي المنار**