**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**