**وصل الاستفادة من خدمات صحية**

**بمصحة المنصف**

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 بمصحة المنصف**

تاريخ إجراء العملية :....................................................................................................

نوع العملية ...............................................................................................................

المبلغ الإجمالي للعملية (بعد التخفيض بنسبة **10%**)................................................................

مبلغ مساهمة الموظف **(35% )**=.....................................................................................

مبلغ مساهمة اللجنة **(65% )**=......................................................................................... **ختم مصحة المنصف**