**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**