****الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليـم العــالـي والبحث العلمـي

جامعة فرحات عباس سطيف

**لجنة الخدمات الاجتماعية سطيف في :**

**مصلحة هيكل التسيير**

**وصل الاستفادة من التحاليل الطبية**

**بمخبر الدكتور(ة) :**..........................

**(ة).......................  (ة) :**.................. **(ة) :**.................. **(ة) :**..................

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

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

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

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

**المعني القرين الولد والد(ة) المتكفل به**

**ختم مصلحة هيكل التسيير**

**خاصة بمخبر التحاليل الطبية**

**تاريخ إجراء التحاليل الطبية :.................................................................................................**

**نوع التحاليل :.....................................................................................................................**

**المبلغ الإجمالي للتحاليل (بعد التخفيض بنسبة تقدر ب ..............................................................**

**مبلغ مساهمة الموظف (بنسبة تقدر ب .....%)** :**...........................................................................**.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليـم العــالـي والبحث العلمـي

جامعة فرحات عباس سطيف

**لجنة الخدمات الاجتماعية سطيف في :**

**مصلحة هيكل التسيير**

**وصل الاستفادة من التحاليل الطبية**

**بمخبر الدكتور (ة) :**..........................

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

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

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

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

**المعني القرين الوالد الوالد(ة) المتكفل به**

**ختم مصلحة هيكل التسيير**

**خاصة بمخبر التحاليل الطبية**

**تاريخ إجراء التحاليل الطبية :........................................................................................**

**نوع التحاليل :............................................................................................................ المبلغ الإجمالي للتحاليل (بعد التخفيض بنسبة تقدر ب ..... %):...............................................**

**مبلغ مساهمة الموظف (بنسبة تقدر ب ......%):..................................................................**