****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 ......%):..................................................................**