



طلب اشتراك بمشروع علاج الأعضاء بالاتحاد المصري لمقاولي التشييد والبناء

رقم عضوية الاتحاد : تاريخ قيد بالاتحاد :
الموقف من تجديد عضوية الاتحاد :
اسم الشركة : نوع الشركة :
اسم المستفيد بالمشروع : صفته بالشركة :
تاريخ الميلاد : السن في تاريخ تقديم الطلب :
نوع المستفيد (ذكر / أنثى) (أعزب / متزوج)
الأمراض المزمنة :
الرقم القومي : سجل مدني : محافظة :
العنوان :
تليفون المنزل : المحمول : تليفون العمل :

ملحوظة: يرتبط التجديد السنوي لبطاقة العلاج بتجديد بطاقة العضوية بالاتحاد.

أرجو الموافقة على انضمامي بمشروع العلاج الخاص بأعضاء الاتحاد، علماً بأنني أقر بإطلاعي على نظام العلاج المذكور وسداد قيمة الاشتراك المذكور.

وهذا إقرار مني بذلك ...

الاسم :
التوقيع :

بيانات تملئ بواسطة إدارة الرعاية الصحية

تم الاطلاع على (بطاقة الرقم القومي - وبطاقة عضوية الاتحاد) بمعرفتنا وإعادتها للسيد المقاول والبيانات عاليه مطابقة للبطاقة.

رقم عضوية الاتحاد : رقم عضوية الرعاية : تاريخ عضوية الرعاية :
رقم إيصال السداد : قيمته :
الاسم :
التوقيع :

بيانات أسرة المقاول

ترفق صورة بطاقة الرقم القومي أو شهادة الميلاد

- اسم الزوجة :
- أسماء الأبناء :
- ١- تاريخ الميلاد :
- ٢- تاريخ الميلاد :
- ٣- تاريخ الميلاد :
- ٤- تاريخ الميلاد :
- ٥- تاريخ الميلاد :
- ٦- تاريخ الميلاد :
- ٧- تاريخ الميلاد :
- ٨- تاريخ الميلاد :

بيانات العاملين بالشركة :

مرفقة بالكشف المرسل والمعتمد من قبل رئيس مجلس الإدارة أو العضو المنتدب للشركة،
ويحد أقصى ٢٠ فرد .

أقر بصحة البيانات عاليه وتحت مسؤوليتي .،

المقاول

- الاسم :
- التوقيع :

إقرار

أقرأنا المقاول / عضو الاتحاد رقم (.....)
بأننى اطلعت على التعليمات الأولية لمشروع الرعاية الصحية وأرغب فى الانضمام للمشروع وأتعهد بسداد الاشتراك السنوى والمصاريف الإدارية سنوياً خلال الفترة من ١/١ حتى آخر ٣/٣١ فى ذات العام وفى حالة عدم السداد أكون قد تنازلت عن الاشتراك فى المشروع وأصبح المشروع غير مسئول عن تقديم أى دعم أو خدمات لى طبقاً للتعليمات الصادرة لهذا الشأن، على أن أقوم بدفع كامل قيمة الخدمات العلاجية لدى الجهات العلاجية المتعاقد معها المشروع نقدًا وبكامل القيمة وإحضار فاتورة تفصيلية بالخدمات المؤداة لى وتسليمها إلى أمانة خدمة الأعضاء (إدارة الرعاية الصحية) لصرف نسبة ٥٠% من قيمة العلاج طبقاً للشروط والضوابط المنصوص عليها فى لائحة العلاج بإدارة الرعاية الصحية مع التزامى بالخدمات التى يشملها المشروع والخدمات التى يشملها بتصديق مسبق والتى لا يشملها المشروع مع علمى بأن نسبة مساهمة الاتحاد ٥٠% من إجمالى قيمة العلاج طبقاً لتوزيع الدعم المحدد فى الجدول عالىه وبالأسعار المتعاقد عليها مع المستشفيات المختلفة .

وهذا إقرار منى بذلك

الاسم :
التوقيع: