



صندوق الإعانات (التكافل الإجتماعي) لنقابة الأطباء البيطريين الأردنيين

الصورة
الشخصية
٤×٤ ملونة

طلب إشترك { عضوية جديدة } ☐
طلب إشترك { إعادة عضوية } ☐

إسم العضو كاملاً :	تاريخ الميلاد :	
الحالة الإجتماعية :	هاتف خلوي :	
عنوان السكن :	تلفون السكن :	
عنوان العمل :	تلفون العمل :	
صندوق البريد :	الرمز البريدي :	البريد الإلكتروني :

أسماء المستفيدين في حالة الوفاة

الرقم	إسم المستفيد ثلاثياً	الصلة	النسبة	الرقم	إسم المستفيد ثلاثياً	الصلة	النسبة
١				٥			
٢				٦			
٣				٧			
٤				٨			

لا يجوز الغاء أو تغيير أو تعديل أو كشط هذا البيان إلا بواسطتي شخصياً بموجب طلب خطي مني موجه إلى لجنة الإدارة

الوكيل في حالة وجود قاصرين :

تاريخ تقديم الطلب :/...../.....

لقد حضر العضو شخصياً ووقع أمامي وتمت المصادقة على توقيع من قبل :

١. إسم الموظف :

٢. المسؤول المباشر :

توقيع العضو	المصادقة على توقيع العضو

لإستعمال اللجنة :

قررت اللجنة بجلستها المنعقدة بتاريخ :/...../..... بقرارها رقم : قبول الطلب ☐ رفض الطلب ☐

وقد رفض الطلب للأسباب التالية :

وقد قررت اللجنة إعادة مبلغ : () للعضو . رقم العضو في الصندوق :

رئيس لجنة الإدارة أو المفوض عنه :