

# نقابة صيادلة لبنان



طلب براءة ذمة لآجراء التأمين الصحي

اسم الصيدلي : \_\_\_\_\_

رقم الإنتساب : \_\_\_\_\_

رقم الهاتف : \_\_\_\_\_

درجة التأمين:  درجة أولى  درجة ثانية

ملاحظة:النقابة ستغطي على سعر الدرجة الثانية فقط

هل تريد تأمين أفراد العائلة out:  نعم  لا

ملاحظة:الصيدلي ملزم بال out

أفراد العائلة المنوي تأمينهم(زوج-زوجه-أولاد):

مع ضمان اجتماعي (نعم/كلا)	صلة القربي (زوج/ة او ولد)	تاريخ الولادة	الإسم

- الرجاء تعبئة النموذج وإرساله على البريد الإلكتروني [insurance@opl.org.lb](mailto:insurance@opl.org.lb)
- سيتم إفادتكم ببرائة الذمة فور جهوزها على بريدكم الإلكتروني