

نقابة صيادلة لبنان

طلب براءة ذمة لاجراء التامين الصحي



اسم الصيدلي : _____

رقم الإنتساب : _____

رقم الهاتف : _____

درجة التامين: 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 القربى (زوج/ة او ولد)	تاريخ الولادة	الإسم

- الرجاء تعبئة النموذج وإرساله على البريد الإلكتروني insurance@opl.org.lb
- سيتم إفادتكم ببرائة الذمة فور جهوزها على بريدكم الإلكتروني