



# نقابة صيادلة لبنان

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):

صلة القرى	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