



# الصندوق الوطني للتأمين على المرض

إني الممضي أسفله:

الاسم: .....  
اللقب: .....  
اللقب قبل الزواج (البنات): .....

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لأطباء الممارسة الحرة بتاريخ 19 ديسمبر 2006 ،

وبصفتي: طبيب عام ☐ طبيب مختص ☐ الاختصاص: \*.....

رقم التسجيل بالعمادة :

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

عنوان العيادة: .....  
المدينة: ..... الترقيم البريدي   
الهاتف: ..... الفاكس: .....  
العنوان الإلكتروني: .....

أطلب انخراطي في الاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء فيها من مقتضيات.  
المركز المرجع\*\*.....

|                                                              |         |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| الوثائق المطلوبة:                                            | في..... |
| - نسخة من بطاقة التعريف الوطنية                              |         |
| - شهادة من العمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة |         |
| - كشف في الهوية البنكية أو البريدية (RIP-RIB)                |         |
| الختم والإمضاء                                               |         |

\* أذكر الاختصاص إن كان لديكم اختصاص معترف به من قبل العمادة .  
\*\* الرجاء اختيار المركز المحلي أو الجهوي المرجع (centre de référence) الذي ترغبون في اللجوء إليه في كل معاملاتكم مع الصندوق .