

منطقة : وحدة : طلب

بإشتراك مؤمن عليه طبقاً للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥

رقم المنشأة : قطاع المنشأة :

اسم المنشأة :

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني : الحالة الإجتماعية :

الرقم القومي :

اسم المؤمن عليه : تاريخ الميلاد :

الجنسية : المؤهل :

كود المهنة للمؤمن عليه : المسمى :

تاريخ بدء الإشتراك :

نوع المدة : كود الإشتراك : المسمى : القطاع :

قرش	جنيه

الأجر المتغير :

قرش	جنيه

الأجر الشهري الأساسي :

صلة القرابة بصاحب العمل : × تستوفى للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشأة الفردية.

بيانات العجز إن وجدت : تاريخ بداية العجز : نسبة العجز :

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم : شارع / حارة :

شياخة / قرية : قسم / مركز : محافظة :

توقيع المؤمن عليه : توقيع المدير المسئول :

تحريراً في : / / تم مطابقة التوقيع بمعرفتي :

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل ألياً بمعرفة	روجع ألياً بمعرفة
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة : على صاحب العمل والعامل الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف الإستمارة مع التوقيع على الإقرار (أنظر خلفه)