 **جامعة دمياط**

**الادارة العامة للموارد البشرية**

 **ادارة رعاية العاملين**

**السيد الاستاذ الدكتور/ مدير صندوق الرعاية الطبية للسادة اعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم بجامعة المنصورة**

 تحية طيبة وبعد،،،،،

 برجاء التفضل بالموافقة على اشتراكي بصندوق الرعاية الطبية حيث اننى من السادة العاملين بجامعة دمياط وفوق سن الاربعين وعلى استعداد لدفع قيمة الاشتراك عن المدة البينية اعتبارا من سن الاربعين عام حتى السن وقت موافقة مجلس الادارة من اساسى الراتب فى 30/6/2015

وذلك عن :

 نفسى فقط

 نفسى و......................................... (تشمل : الزوجة و عدد الاولاد او احدهما )

مرفق طيه المستندات الاتية :

 صورة من بطاقة الرقم القومى

 مفردات المرتب

 بيان ب ( تدرج المرتب ) بداية من سن الاربعين

 افادة مسئول مشروع وحدة علاج العاملين واسرهم بجامعة المنصورة عن جامعة دمياط بعدم اشتراكى لديه او الغاء الاشتراك

**برجاء التكرم بالإفادة بقيمة المطلوب سداده**

 وتفضلوا سيادتكم بوافر التحية والتقدير .....

 مقدمه لسيادتكم /

 الاسم :...................................

 الوظيفة :....................................

 الجهة :.........................................

 تحريرا فى :....................................

 **جامعة دمياط**

**الادارة العامة للموارد البشرية**

 **الاستحقاقات**

**افادة** **موجهة لصندوق الرعاية الطبية بجامعة المنصورة**

**بشأن رغبة السيد / ........................................................................**

 فى الاشتراك بصندوق الرعاية الطبية حيث ( انه / انها ) من السادة العاملين بجامعة دمياط وفوق سن الاربعين وعلى استعداد لدفع قيمة الاشتراك عن المدة البينية اعتبارا من سن اربعون عام حتى السن وقت موافقة مجلس الادارة من اساسى الراتب فى 30/6/2015

نحيط علم سيادتكم بان المبلغ المطلوب سداده هو : ...............................................................................................................................................................................................................................................................................

 وتفضلوا سيادتكم بوافر التحية والتقدير .....

الموظف المختص المدير العام