



صندوق التأمين الخاص

لأعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم والعاملين

استمارة عضوية

الاسم رباعي :

الوظيفة :

جهة العمل :

تاريخ الميلاد :

الرقم القومي :

تاريخ التعيين او التعاقد : | | | |

تاريخ الإحالة إلى المعاش : | | | |

الفئة المالية الحالية :

المرتب الشهري الأساسي عند التعيين :

عنوان محل الإقامة :

رقم تليفون المنزل :

الحالة الاجتماعية : " متزوج - أعزب - مطلق - أرمل "

عدد الأبناء :

اسم الزوجة أو الزوج :

وظيفته أو جهة عمله :

اسم أرشد الأبناء :

وظيفته أو جهة عمله :

توقيع طالب العضوية بصحة البيانات

إقرار

أقر أنا / بإطلاعي على اللائحة التنفيذية الخاصة بصندوق التأمين الخاص لأعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم والعاملين بجامعة حلوان وأقبل عضويتي في الصندوق اعتباراً من / / وأوافق على خصم قيمة قسط المشاركة خصماً من مكافآت الامتحانات المستحقة لي عن دور يناير من كل عام بما يعادل قيمة جملة الأقساط السنوية.

المقر بما فيه

تحريراً في / /

الاسم /

الوظيفة /

التوقيع /

الرقم القومي /

مدير الإدارة

ويعتمد ،