

عن شهر سنة

استمارة رقم (55) تأمينات

اسم صاحب العمل : رقم التسجيل :

.....: عنوان المنشأة:

العنوان البريدي : الرقم المدني للمنشأة :

رقم الهاتف المحمول: رقم الهاتف الارضى:

..... البريد الإلكتروني:

[illegible]

للاستعمال الرسمي

مسجل البيانات: تاريخ: / /

المراجع: تاريخ: / /

إقرار

أقر بأن البيانات أعلاه صحيحة وتحت مسؤوليتي وذلك عن المؤمن

عليهم العاملين لدينا عن شهر سنة

اسم المسؤول:

..... التوقيع والختم الرسمي للمنشأة:

تحريراً فی تاریخ: / /