



## Twangiza Mining

Filiale Banro de corporation

Vodacom SARL

PHOTO DU MALADE



### BON DE SOINS

N° :1

HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE BUKAVU

MOTIF : ghghghgggh

SERVICE : PEDIATRIE

**Veillez examiner puis donner le traitement nécessaire à la personnes suivante:**

<b>Nom du Malade</b>	:Hornel LAMA	<b>Nom de l'agent</b>	:Hornel LAMA
<b>Identifiant</b>	: Contractant	<b>Departement</b>	: Vodacom SARL
<b>Age du malade</b>	: 0	<b>N° ID</b>	:1
<b>Rep de BANRO</b>	:Bahati Burume Flandrin	<b>Date</b>	:2/6/2018
<b>Signature</b>	: _____		

NGALIEMA, KINSHASA – RDC SIEGE ADMINISTRATIF: VILLA BRUPPACHER, Avenue MWANGA N0. 15, COMMUNE D'IBANDA, BUKAVU/

SUD-KIVU – RDC TEL. : +243 (0) 994059133 - +243 (0) 998665952 - +243 (0) 816942373 – FAX: 00243 (0) 812 616 096 SITEWEB:

<http://www.BANRO.COM>

Siège Social:14, avenue Sergent Moke, Concession Safricas, commune de Ngaliema, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Cette partie du feuillet est réservée au service Administratif de l'hopital – Date Réception du bon: .....

Services visités par le Malade :..... Signature de réception: .....

Après examenn veuillez détacher puis retourner cette partie du feuillet auprès du département et des Ressources Humaines de Twangiza Mining.

#### AVERTISSEMENT- ANGALISHO

- Retirer un bon de soins en faveur d'une personne qui n'est pas reconnue par la compagnie est une tentative de fraude et par conséquent une faute lourde. Art. 74. Code du Travail

- Unapo cukuwa iyi bon de soins hakikisha kama matunzo ni ya mtu anaye stahili kutunzwa kwa na anjulikana na Kampuni. Kutunza mtu asiye julikana na kampuni ni wizi ama kosa kubwa mu kazi. art.74. code du travail.

Nom de l'agent : ..... Signature de l'Agent ou son délégué :.....

.....  
Cette partie du feuillet est réservée au service Administratif de l'hopital – Date Réception du bon: .....

Services visités par le Malade :..... Signature de réception: .....

.....  
Après examen, veuillez détacher puis retourner cette partie du feuillet aupres de responsable H.R de Banro

Résultat & Detail du Traitement : .....

.....  
Rep. de Banro: ..... Nom de Médecin: ..... Date: .....

Nombre de jours de répos: .....