



إخطار بانتهاء

اشتراك مؤمن عليه طبقا للقانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩

رقم المنشأة : ١٩٦٨٨٢٧

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني :

الرقم القومي :

الاسم :

تاريخ انتهاء الاشتراك

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم :

شياخة / قرية

رقم المحمول أو التليفون الأرضي :

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وأن المؤمن عليه تسلم صورة من هذا الإخطار .

توقيع المؤمن عليه : إنجي سامر عبد الله / ٢٠ / / توقيع المدير المسئول : Ashraf / ٢٠ / /
تم مطابقة التوقيع بمعرفتي /

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وإنني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موصى عليه بعلم

الوصول برقم : بتاريخ : ٢٠ / /

خاتم الجهة

توقيع المدير المسئول : ٢٠ / /

البيان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل ألي	مراجع ألي
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة :- يلزم التأكد من توقيع كل من العامل وصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف الاستمارة .

(انظر خلفه)