

إخطار تحديد مستفيدين

اسم العضو :- تاريخ ميلاد العضو :-
جهة العمل :- تاريخ التعيين :- الوظيفة

(أ) المستفيدين والنسب المحددة :-

م	اسم المستفيد	النوع	درجة القرابة	نسبة الاستحقاق	
				أرقام	حروف
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					
١٠					

(ب) التوزيع وفقاً للإعلام الشرعي :- نعم إقرار

أقرأنا/..... بأني أرغب في صرف المزايا التأمينية من صندوق التأمين
الخاص بالسادة أعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم والعاملين بجامعة المنيا بعد الوفاة طبقاً لما ورد بعالي

باعتهم

جهة العمل :-

من له حق التوقيع /

ختم الجهة /

العضو

الاسم /

التوقيع /

تحريراً في / /