

تصريح مهني

الصيدلي

الاسم:	رقم الانتساب:
خليوي:	
بريد الكتروني:	
مسجل في الضمان تحت رقم:	

المؤسسة الصيدلانية

اسم المؤسسة:
عنوان المؤسسة:
هاتف المؤسسة:
نوع العمل:
دوام العمل: من الساعة _____ الى الساعة _____

تصريح عن الراتب

من تاريخ	الى تاريخ	الراتب الشهري قبل حسم الضريبة	بدل اختصاص	مجموع الراتب
				تاريخ ترك العمل

توقيع وختم الصيدلي او المدير المسؤول

التاريخ: _____

- 1- يتم الصريح عن العمل في بداية السنة عن كامل السنة المنصرمة
- 2- تقدم التصاريح اعتباراً من 1 كانون الثاني الى 30 آذار من السنة.
- 3- بعد تاريخ 30 آذار لا تقبل اي افادة او تصريح الا في حال مباشرة العمل بعد الاول من نيسان من السنة او في حال ترك العمل.
- 4- اذا كان الصيدلي متعاقدا يجب تقديم صورة عن العقد
- 5- كل افادة فخالفة لهذا النموذج تعتبر لاغية
- 6- على الصيدلي مراجعة صندوق القاعد خلال شهر من تقديم الافادة في حال لم يتم التواصل معه من قبل الصندوق