

نقابة صيادلة لبنان - صندوق التقاعد الصيدلي

تصريح مباشرة العمل

الصيدلي

الاسم: _____ رقم الانتساب: _____

رقم الهاتف الخليوي: _____

بريد الكتروني _____

المؤسسة الصيدلانية

اسم المؤسسة: _____

اسم الصيدلي صاحب المؤسسة او المسؤول عن الادارة: _____

عنوان المؤسسة: _____

هاتف: _____ بريد الكتروني للمؤسسة: _____

دوام عمل الصيدلي صاحب التصريح: من الساعة _____ الى الساعة _____

رقم الصيدلي صاحب التصريح في الضمان الاجتماعي: _____

تاريخ مباشرة العمل: _____

الراتب: _____

توقيع وختم الصيدلي المسؤول او المدير المسؤول

التاريخ: _____

ملاحظة: على الصيدلي ابلاغ النقابة مباشرة العمل خلال 15 يوماً من تاريخ المباشرة (المادة 19 من النظام الداخلي لصندوق التقاعد الصيدلي)