



رقم المنشأة

طلب اشتراك منشأة

أو إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم في ٢٠ / /

اسم المنشأة----- المالك / المدير المسئول----- الشكل القانوني للمنشأة-----
 عنوان المنشأة: رقم العقار----- اسم الشارع----- الشياخة / القرية----- القسم / المركز----- المحافظة-----
 نسبة تأمين المرض----- تاريخ بدء النسبة / / ٢٠ نسبة تأمين الإصابة----- تاريخ بدء النسبة / / ٢٠.
 تاريخ التوقف / الاستمرار / / ٢٠ سبب التوقف/----- بدء النشاط----- رقم التسجيل الضريبي للمنشأة / /

الأجر الشامل	أجر الاشتراك		تاريخ الالتحاق			الرقم القومي	اسم المؤمن عليه	الرقم التأميني
	قرش	جنيه	سنة	شهر	يوم			

أقر أنا----- بصفتي----- بأن إجمالي أعداد المؤمن عليهم----- عاملاً.

وأن أجور الشهر الحالي----- قرش----- جنيه----- وأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج وملحقاته صحيحة (الأجر الشامل لحساب اشتراكات التأمين الصحي الشامل).
 توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول----- روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحة.

مستلم النموذج/----- تمت مطابقة التوقيع بمعرفتي/-----

أخصائي الاشتراك/----- سجل ألياً/----- روجع ألياً/-----

(أنظر خلفه)

تحريراً في: / / ٢٠

إرشادات

- ١) يحزر هذا النموذج من أصل وصورتين ويقدم إلى مكتب الهيئة المختصة خلال أسبوعين من تاريخ بدء النشاط متضمنة بيانات جميع العاملين بما فيهم المتدرجين والتلاميذ الصناعيين والطلاب المشتغلين في مشروعات التشغيل الصيفي.
- ٢) يقدم هذا النموذج في المواعيد التالية:
 - منشآت القطاع الخاص: يناير من كل عام.
 - كما يقدم في أي تاريخ خلال العام يصدر فيه قانون أو قرار بتعديل الأجور.
- ٣) يجوز لأصحاب الأعمال تقديم هذا النموذج إلكترونياً وفقاً للقواعد التي تحددها الهيئة.