

اقرار قبول خصم

أقر أنا / سجل رقم /
الموظف بالازهر إدارة / معهد /
و الموقع أدناه بأنتي أقبل خصم مبلغ 1872 (ألف و ثمانمائة و اثنين و سبعون جنيهاً) قيمة
الاشتراك في برنامج الرعاية الصحية لمدة سنة شامل المصاريف الإدارية و المستمر شهريا
156 جنيهه (مائة و ستة و خمسون جنيها) لصالح شركة كويك كير للخدمات الطبية
حساب رقم (0733070992329001018) البنك الأهلي المصري و ذلك اعتباراً من شهر
..... سنة 2021 و اتعهد بعدم إيقاف الخصم إلا بمرور عام من تشغيل الخدمة كما
اتحمل المسؤولية المالية على الاشتراك ببرنامج الرعاية الصحية في حالة القصل من العمل
بسداد باقى مبلغ الاشتراك لصالح الشركة و في حالة تقدم المشترك بطلب لإيقاف الخصم خلال
سنة التعاقد يكون شريطة الا يكون هذا المشترك قد استخدم اي خدمة من خدمات برنامج
الرعاية الصحية من خلال الكارنيه الخاص به .

و هذا اقرار مني بذلك

المقر بما فيه

الاسم /

الرقم القومي /

السجل /

التوقيع /

لا مانع لدي من خصم قيمة الاشتراك إلى حساب شركة كويك كير للخدمات الطبية دون أدنى
مسئولية أو التزامات على الجهة و ذلك بعد خصم عمولة تحصيل 1% إلى الخزينة العامة
للدولة من قيمة المبالغ المحصلة في ضوء القوانين و اللوائح و القرارات المنظمة لذلك .

توقيع العميل /

الرقم القومي /