



THE AMERICAN UNIVERSITY IN CAIRO

الجامعة الأمريكية بالقاهرة

Office of Human Resources

اقرار عدم الإشتراك فى النظام الطبى الإجبارى الخاص بالجامعة لوجود إشتراك خارجى بديل

اقر أنا الموقع أدناه بعدم رغبتى فى الاشتراك فى نظام العلاج والتغطية الطبية للعاملين والمقدمة من الجامعة الأمريكية بالقاهرة ، حيث أنى مشترك/مشاركة فى نظام علاج طبى خارجى وتحت مسؤوليتى الشخصية مع شركة _____ (مرفق صورة من إثبات الإشتراك). كما أتعهد بإبلاغ الجامعة كتابياً فى حالة الغاء ذلك الإشتراك، واتحمل المسؤولية كاملة فى حالة ثبوت إلغائى او تغييرى ذلك الإشتراك بدون اعلام الجامعة.

وبموجب هذا المستند اقر بأنه لا يحق لى الرجوع على الجامعة حالياً او مستقبلاً ومطالبتها بأية تغطية طبية او تكاليف علاج او المطالبة بأى امتيازات او حقوق خاصة كمشارك فى نظام الرعاية الطبية المقدم من قبلها، إلا فى ما يخص التغطية الطبية المقدمة من خلال عيادة الجامعة بموجب بنود وسياسات الجامعة الداخلية. وقد تحرر هذا الاقرار تحت مسؤوليتى دون ادنى مسؤولية على الجامعة الأمريكية بالقاهرة. وهذا اقرار منى بذلك.

الاسم : _____

رقم الجامعة: _____

رقم الهاتف المحمول: _____

التوقيع : _____

الإدارة : _____

تحريراً فى : _____