**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /01/COSUT/2023 (Valable jusqu’au 31 Juillet 2024)

**Entre la COSUT et L’E.P.NH/SARL El Hadi Rééducation Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant Père Mère**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé à la Clinique**

|  |
| --- |
| **Examen Médical :** |
| **Montant****De l’Examen Médical** | **Montant****à la charge de la C.O.S** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa du Centre** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la C.O.S** |

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /02/COSUT/2023 (Valable jusqu’au 31 Juillet 2024)

**Entre la COSUT et** Laboratoire d’analyses médicales Klouche Yacine

**Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé au laboratoire**

|  |
| --- |
| **Analyse médicale  :** |
| **Montant****De l’analyse** | **Montant****à la charge de la COSUT** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa du laboratoire** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la COSUT** |

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /03/COSUT/2023 (Valable jusqu’au 31 Juillet 2024)

**Entre la COSUT et Clinique Lazouni d’ophtalmologie**

**Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé à la Clinique**

|  |
| --- |
| **Examen Médical :** |
| **Montant****De l’Examen Médical** | **Montant****à la charge de la COSUT** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa de la clinique** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la COSUT** |

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /04/COSUT/2023 (Valable jusqu’au 31 Juillet 2024)

**Entre la COSUT et La Clinique CHERIF BENMOUSSA**

**Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé à la Clinique**

|  |
| --- |
| **Examen Médical :** |
| **Montant****De l’Examen Médical** | **Montant****à la charge de la COSUT** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa de la clinique** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la COSUT** |

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /05/COSUT/2023 (Valable jusqu’au 31 Juillet 2024)

**Entre la COSUT et Centre D’imagerie Medicale « EL AMEL »**

**Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant Père Mère**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé au Centre**

|  |
| --- |
| **Examen Médical :** |
| **Montant****De l’Examen Médical** | **Montant****à la charge de la COSUT** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa du Centre** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la COSUT** |

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /06/COSUT/2023 (Valable jusqu’au 31 Juillet 2024)

**Entre la COSUT et La Clinique MIMOSA**

**Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé à la Clinique**

|  |
| --- |
| **Examen Médical :** |
| **Montant****De l’Examen Médical** | **Montant****à la charge de la COSUT** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa du Centre** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la COSUT** |

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /07/COSUT/2024 (Valable jusqu’au 31 décembre 2024)

**Entre la COSUT et OPTIC LAZOUNI**

**Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé au Centre Optique**

|  |
| --- |
| **Examen Médical :** |
| **Montant****De la préstation**  | **Montant****à la charge de la COSUT** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa du Centre** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la COSUT** |

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

**وزارة التعليم العالي و البحث العلمي**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

 

**COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

 **F I C H E N A V E T T E n°……………**

Convention N° /08/COSUT/2024 (Valable jusqu’au 31 Décembre 2024)

**Entre la COSUT et La Clinique** Dr BELKAID Seyfeddin

**Fonctionnelle**

**Renseignements concernant l’Adhérent (Enseignant ou ATS)**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

N° de Téléphone : …………………………………………………………………………………….………..

Faculté / Service : …………………………………………………………………………………….…………

**Renseignements concernant le Malade** (A remplir si le malade n’est pas l’Adhérent)

 **Conjoint Enfant**

Nom et Prénoms : …………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………….………

**Tableau réservé à la Clinique**

|  |
| --- |
| **Examen Médical et antécédent :**  |
| **Montant****De la prestation**  | **Montant****à la charge de la COSUT** | **Montant****à la charge de l’Adhérent** |
| **=** | **+** |  |

**Fait à Tlemcen le** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Visa du Centre** | **Signature de l’Adhérent** | **Visa du Secrétariat de la COSUT** |