





" " "

2024 4 2

للتأكد اختيار لمستوى الرعاية، يُرجى كمال النموذج والرد قبل 15 أغسطس 2024.

اسم المؤسسة: \_\_\_\_\_  
اسم: \_\_\_\_\_  
المركز الوظيفي: \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي: \_\_\_\_\_  
الهاتف: \_\_\_\_\_  
البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

- أرغب : عاية
- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | الماسد ( 1,500,000 جنيه مصري) |
| <input type="checkbox"/> | الـب ( 500,000 جنيه مصري)     |
| <input type="checkbox"/> | الـا ( 360,000 جنيه مصري)     |
| <input type="checkbox"/> | الـا ية ( 240,000 جنيه مصري)  |
| <input type="checkbox"/> | الـب ( 120,000 جنيه مصري)     |

ستقوم الهيئة بإصدار مطالبة مالية عند استلام نموذج طلب الرعاية.

يرجى إرسال النموذج بعد استيفائه مرة أخرى إلى .

بريد إلكتروني : [sherif.wahib@naqaae.edu.eg](mailto:sherif.wahib@naqaae.edu.eg)

هاتف: +201113373003