

صادر رقم: 2015/62
بيروت في: 8 / 6 / 2015

حضرة المدير المحترم

الموضوع: دورات تدريبية حول قانون العمل اللبناني وقانون الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
ضمن إدارة الموارد البشرية في المستشفيات

تحية وبعد،

في إطار البرنامج العلمي لسنة 2015، تنظم نقابة المستشفيات دورتين تدريبيتين حول قانون العمل اللبناني Lebanese labor Law وقانون الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي Social Security Law ضمن إدارة الموارد البشرية في المستشفيات وذلك يومي الاربعاء والخميس في 24 و 25 حزيران 2015 ويومي الاربعاء والخميس في 1 و 2 تموز 2015. تعطى المحاضرات من قبل المحامي الاستاذ شربل عون ابتداءً من الساعة التاسعة صباحاً وحتى الساعة الرابعة بعد الظهر وذلك في قاعة المحاضرات في مركز النقابة - العدلية.

ان رسم التسجيل هو 200 دولار أميركي لكل دورة ويشمل بالإضافة إلى الحضور، الحصول على كتيب يتضمن المحاضرات و نسخة الكترونية على CD ووجبات الغذاء. لمن يرغب بالمشاركة يرجى تعبئة الاستمارة المرفقة وارسالها الى مكتب النقابة بواسطة الفاكس في مدة اقصاها 19 حزيران 2015 علماً ان العدد الاقصى هو 35 مشاركاً".

تجدون مرفق ربطاً استمارة التسجيل على ان يتم ارسالها قبل 19 حزيران 2015 والبرنامج العلمي لكل دورة.

لمزيد من المعلومات يرجى مراجعة النقابة على الارقام التالية: 4 / 3 / 772 01-616 او عبر البريد

الالكتروني: info@syndicateofhospitals.org.lb

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

الرئيس
سليمان هارون

أمين السر
محمد علي حمندي

استمارة مشاركة في دورات تدريبية حول
قانون العمل اللبناني في 24 و 25 حزيران 2015
وقانون الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في 1 و 2 تموز 2015

اسم المستشفى: _____

المشارك الاول	الوظيفة	المشاركة في	رسم التسجيل
		<input type="checkbox"/> دورة تدريبية عن قانون العمل اللبناني	\$ 200
		<input type="checkbox"/> دورة تدريبية عن قانون الضمان الاجتماعي	\$ 200

المشارك الثاني	الوظيفة	المشاركة في	رسم التسجيل
		<input type="checkbox"/> دورة تدريبية عن قانون العمل اللبناني	\$ 200
		<input type="checkbox"/> دورة تدريبية عن قانون الضمان الاجتماعي	\$ 200

المشارك الثالث	الوظيفة	المشاركة في	رسم التسجيل
		<input type="checkbox"/> دورة تدريبية عن قانون العمل اللبناني	\$ 200
		<input type="checkbox"/> دورة تدريبية عن قانون الضمان الاجتماعي	\$ 200

التاريخ: _____

المدير المسؤول: _____

التوقيع: _____

ختم المستشفى