KINGDOM OF BAHRAIN

GENERAL ORGANISATION FOR SOCIAL INSURANCE

FORM NO. (3) INSURANCE

DETAILED STATEMENT OF WORKERS SALARIES AND MOVEMENT

مملكة البحرين
الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية

نموذج رقم (٣) تأمينات

البيان المفصل للاجور وحركة العمال الشهرية

Establishment No. رقم المنشأة	Branch No. رقم الفرع	Establishment name إسم المنشأة

الجنسية NATIONALITY	الأجر الخاضع للاشتراك SALARIES SUBJECT TO CONTRIBUTION		تاريخ الاستبعاد DATE OF TERMINATION	جديد/سبق تسجيله NEW / PR. INS.	تاريخ الالتحاق JOINING DATE	إسم العامل WORKER'S NAME	الرقم الشخصي CPR NO.	الرقم SER. NO.
	BD دينار	FILS فلس						

عدد المضافين NO. OF ADDITIONS		عدد المحولين NO. OF TRANSFERS		عدد المستبعدين NO. OF TERMINATION	

DECLARATION | **إقرار**

I HEREBY DECLARE THAT THE ABOVE-MENTIONED DETAILS ARE TRUE.

أقر بأن جميع البيانات المبينة أعلاه صحيحة.

صاحب العمل / المخول
Authorized per. / Employer .....

الرقم الشخصي
C.P.R. .....

الهاتف
Telephone .....

التاريخ
Date .....

الختم / التوقيع
Stamp / Signature .....

PLEASE UPDATE ANY CHANGES IN THE ABOVE DETAILS.

الرجاء تحديث البيانات في حالة التغيير.

FOR OFFICIAL USE | **للاستعمال الرسمي**

المستلم
RECEIVED BY .....

التوقيع والختم
STAMP AND SIGNATURE .....

P.O. Box: 5319, Kingdom of Bahrain, Tel.: 17532222, Fax: 17536513

ص . ب : ٥٣١٩، مملكة البحرين ، هاتف : ١٧٥٣٢٢٢٢، فاكس : ١٧٥٣٦٥١٣