

جامعة بنها الأهلية

أذن دفع رسوم الكشف الطبي للعام الجامعي 2023-2024

	اسم الطالب
	الرقم القومي
	الكلية

رسوم الكشف الطبي (لا ترد)	600 جنيه (فقط ستمائة جنيه لا غير)
---------------------------	-----------------------------------

التوريد على: البنك الأهلي
رقم الحساب: 0413171576270701015

أو _____

التوريد على: بنك مصر
رقم الحساب: 7760199000000458