

بسمه تعالی

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

با سلام و احترام

به استحضار میرساند اینجانب فرزند به شماره شناسنامه دارای کد ملی

به شماره متولد (روز/ماه/سال) محل تولد از کارکنان

رسمی پیمانی هیئت علمی ضریب K قراردادی تبصره ۳ قراردادی تبصره ۴ پرستار شرکتی

نیل آب فسا شاغل در با مطالعه جدول تعهدات صندوق درمان دانشگاه علوم پزشکی فسا (بیمه

تکمیلی) متقاضی ثبت نام در سطح یک (با حق عضویت کمتر) سطح دو (با حق عضویت بیشتر) جهت خودم و

افراد تحت تکفل به شرح ذیل می باشم و به مدیریت امور مالی دانشگاه اجازه میدهم به مدت یکسال (۱/۸/۱۴۰۱ لغایت

۱۴۰۲/۶/۳۱) حق عضویت ماهانه اینجانب و افراد تحت تکفلم را از حقوقم کسر نماید.

مشخصات افراد تحت تکفل :

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	کد ملی	وضعیت تاهل (مجرد / متاهل)	نسبت با بیمه شده اصلی

شماره همراه :

نام و نام خانوادگی :

شماره حساب بانک ملی :

امضاء و اثر انگشت