

فرم « ثبت نام بیمه تکمیلی »

رئیس محترم اداره نگهداشت و امور رفاهی

با سلام، اینجانب شاغل در با شماره ملی و شماره تلفن همراه درخواست استفاده از خدمات بیمه تکمیلی شرکت طرف قرارداد دانشگاه از تاریخ ۱۴۰۲/۴/۱ الی ۱۴۰۳/۳/۳۱ برای خود و افراد تحت تکفل با مشخصات به شرح زیر دارم و طرح به مبلغ ریال به ازای هر نفر را انتخاب می‌نمایم.

۱- سرپرست:	۵-
۲-	۶-
۳-	۷-
۴-	۸-

امضاء متقاضی: تاریخ

رئیس محترم اداره خزانه داری و تامین وجوه

با سلام، با توجه به تعداد افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی و طرح انتخابی دستور فرمایید جمعا مبلغ ریال برای مدت یک سال از ایشان دریافت گردد.

رئیس اداره نگهداشت و امور رفاهی

رئیس محترم اداره نگهداشت و امور رفاهی

با سلام، مبلغ یاد شده به صورت نقدی چک از ایشان دریافت گردید. لذا ثبت نام نامبرده از نظر این اداره بلامانع می باشد.

رئیس اداره خزانه داری و تامین وجوه