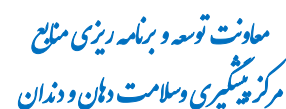


پیوست:



"طرح عدالت و تعالی نظام سلامت"

پیوست:

با سلام و احترام؛

[illegible]

مهر و امضای مدیر / ریاست مرکز

بسته های خدمتی مرکز پیشگیری و سلامت دهان و دندان			
ردیف	مبلغ خدمت (به ریال)	تعداد اقساط	نوع استخدام
۱	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	رسمی /پیمانی / قراردادی / شرکتي
۲	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	رسمی /پیمانی / قراردادی
۳	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	هیات علمی (رسمی /پیمانی / قراردادی)

تصريح ۲: تعداد اقساط یا توحه به تعداد ماههای باقی مانده تا اتمام قرار داد در نظر گرفته می شود.

مراحل فرم تسهیلات دندانپزشکی در سامانه رفاهی

۱- اخذ فرم تسهیلات از سایت ۲- تکمیل فرم توسط متقاضی و ضامن ۳- مراجعه به حسابداری محل خدمت و مدیریت محل کار و تأیید و مهر و امضاء ۴- شماره شدن فرم توسط دبیر خانه واحد محل خدمت



معاونت توسعه و برنامه ریزی منابع
مرکز پیشگیری و سلامت دهان و دندان



"طرح عدالت و تعالی نظام سلامت"

تاریخ:

شماره:

پیوست:

تذکر: اصل فرم در روز مراجعه به مرکز می باید تحویل واحد پذیرش مرکز گردد.

تعهد نامه بیمار

مدیریت محترم مرکز پیشگیری و سلامت دهان و دندان

سلام علیکم،

اینجانب دارای کد ملی شاغل در که جهت درمان
به آن مرکز مراجعه نموده‌ام.

بدین وسیله، ضمن اطلاع از قوانین آن مرکز/واحد رفاهی دانشگاه و هزینه‌های مرتبط با درمان اینجانب اعلام می‌نمایم.

☐ نقدی پرداخت می‌نمایم.

هزینه‌های فوق را به صورت

☐ اقساطی (مطابق قوانین از حقوق پرسنلی اینجانب ماهیانه کسر نمایند).

امضاء

اثر انگشت

شماره تماس محل کار: شماره موبایل:

مدارک مورد نیاز:

۱- حکم کارگزینی ۲- کارت پرسنلی ۳- کارت ملی پشت و رو ۴- خانواده پرسنل (تمام مدارک پرسنل گرفته شود).

