

فرم برقراری بیمه مکمل درمان بازنشستگان و موظفین مشترک صندوق بازنشستگی کشوری

مدیریت محترم توسعه سازمان و منابع انسانی دانشگاه

با سلام و احترام

اینجانب بازنشسته/وظیفه بگیر مرحوم..... که در تاریخ به افتخار
بازنشستگی نائل شده ام/به رحمت ایزدی پیوست اند. بدینوسیله تمایل خود را به استفاده از بیمه
تکمیلی درمان بازنشستگان و موظفیناز تاریخ ۹۹ لغایت ۹۸ اعلام نموده و متعهد میگردم پس از
صدور حکم بازنشستگی و اخذ دفتر کل نسبت به تکمیل اطلاعات افراد تحت تکفل خود در سایت
بیمه آتیه سازان حافظ اقدام نمایم.

امضاء بازنشسته/وظیفه بگیر

تاریخ

آدرس محل سکونت :

تلفن همراه: ۵۱:

تلفن ثابت :