



### مدیر محترم توسعه سازمان و سرمایه انسانی دانشگاه

با سلام و احترام

خواهشمنداست دستور فرمایید نسبت به :

ابطال دفترچه بیمه       برقراری حق بیمه       اصلاح حق بیمه

به نام آقای / خانم ..... شماره ملی : .....

تحت سرپرستی آقای / خانم ..... شماره ملی : .....

\_ آقای / خانم : ..... شماره ملی : .....

\_ آقای / خانم : ..... شماره ملی : .....

کارمند بازنشسته دانشگاه به شماره دفتر کل : ..... اقدام لازم به عمل آید.

نسبت متقاضی با بیمه شده اصلی : .....

سایر شرایط (توضیح) : .....

شماره موبایل متقاضی : .....

آخرین واحد خدمتی بازنشسته : .....

آدرس سکونت و شماره تلفن : .....

.....

### امضاء متقاضی

تاریخ درخواست : .....

مطالب فوق مورد تأیید است . مدارک بررسی و برابر اصل شد.

نام و امضاء کارشناس امور اداری بازنشستگی