باسمه تعالی

فرم درخواست عضویت درصندوق تامین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی

نظر به اینکه اینجانب دارای شماره شناسنامه متولد فرزند
به شماره پرسنلی کارمند شاغل در واحد و تعداد نفر افراد تحت
تکفل که تصویر تمام صفحات شناسنامه آنان و مدارک تکفل به ضمیمه می باشد ، ضمن آگاهی و قبول کلیه شرایط تمایل دارد از مزایای صندوق (عادی /ویژه) تامین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی استفاده نماید .

خواهشمند است دستور فرمائید اقدامات لازم را مبذول داشته و سهم حق بیمه مربوط را از حقوق و مزایای اینجانب برای مدت یکسال ماهیانه کسر و به حساب صندوق مرکزی واریز گردد .

مشخصات افراد تحت تکفل متقاضی

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نسبت با سرپرست	نوع صندوق (عادی /ویژه)

فرم شماره ۵۳/۱۱۵

توجه :

شرایط ظهر ورقه بایستی به امضای متقاضی برسد .

آدرس محل سکونت :

آدرس محل کار :

تلفن جهت تماس اضطراری :

محل امضاء متقاضی :