



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت توسعه مدیریت و منابع

فرم عدم تمایل استفاده از بیمه مکمل درمانی بازنشستگان و موظفین

نام دستگاه :
نام و نام خانوادگی :
شماره دفتر کل :
بدینوسیله عدم تمایل خود را در رابطه با استفاده از بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان و موظفین اعلام و چنانچه در آینده درخواست استفاده از تسهیلات فوق را داشتند باشم، پرداخت کامل حق بیمه (سهم خود و دولت) را از تاریخ انعقاد قرارداد تعهد می نمایم.
امضاء :
تاریخ :
نشانی :
شماره تلفن :