



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
معاونت توسعه مدیریت و منابع

فرم تمایل استفاده از بیمه مکمل درمان بازنشستگان و موظفین

سلام علیکم

احتراما؛ اینجانب که در تاریخ به افتخار
بازنشستگی نائل شده ام بدینوسیله تمایل استفاده از بیمه تکمیل درمان بازنشستگان و موظفین را
اعلام و چنانچه در آینده درخواست عدم استفاده از تسهیلات فوق را داشته باشم در پایان انعقاد
قرارداد (دی ماه هر سال) مراجعه و فرم عدم تمایل خود را کتبا اعلام می نمایم.

امضاء :

تاریخ :

آدرس محل سکونت :

تلفن :