

قابل توجه کلیه افرادیّت علمی و غیرسینت علمی دانشکده پزشکی

باسلام

احتراماً ، بعرض می رسانم افرادی که فرم مربوطه را جهت بیمه تکمیلی سینا تکمیل نموده بودند، از تاریخ ۸۹/۱۲/۱ بیمه شده و کارت آنها د دفتر بیمه سینا واقع در دانشکده پزشکی روبروی تلفنخانه ، آماده است که لطفاً تشریف آورده و تحویل بگیرید. افرادی که فرم مربوط را تکمیل ننموده اند تا تاریخ ۸۹/۱۲/۲۰ فرصت دارند که به دفتر بیمه د دانشکده پزشکی مراجعه و نسبت به بیمه تکمیلی خود اقدام فرمایند. در ضمن جدول خدمات و فرم مربوطه ضمیمه می باشد.

باشکر

الف - مشخصات نفر اصلی (کارمند)

نوع بیمه	شماره دفترچه بیمه شده	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			نام پدر	نوع استخدام	نام خانوادگی	نام
				سال	ماه	روز				
تامین اجتماعی	خدمات درمانی									

ب - مشخصات افراد تحت تکفل (بیمه شده) نفر اصلی :

نسبت	شماره دفترچه بیمه	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد			نام خانوادگی	نام	ردیف
					سال	ماه	روز			
										۱
										۲
										۳
										۴
										۵
										۶
										۷

مهر و امضاء : نام و نام خانوادگی مسئول مرکز : امضاء : نام و نام خانوادگی کارمند :
صحت موارد فوق مورد تایید اینجانب میباشد. نام و نام خانوادگی کارمند :

