



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمانشاه

شماره: ۴۷۳۱

تاریخ: ۱۳۹۲/۲/۱۴

«محل امضاء مدیر عامل هیئت مدیره»

محل امضاء

مهر و نگار آیینی

معاون وزیر محترم:

رئیس محترم:

مدیر محترم:

سرپرست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان:

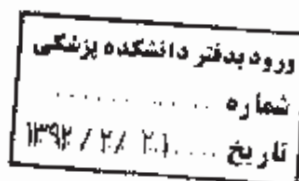
سرپرست محترم مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه

با سلام و احترام

نظر به اینکه قرارداد بیمه تکمیلی درمان کارکنان شاغل و بازنشسته ایثارگر دانشگاه در تاریخ ۹۲/۲/۱۱ به پایان می رسد و جهت عقد قرارداد جدید نیاز به آمار و اطلاعات ایثارگران محترم می باشد لذا خواهشمند است دستور فرمائید کلیه ایثارگران شاغل و بازنشسته آن مرکز نسبت به تکمیل فرم پیوسته اقدام و مدارک لازم شامل تصویر حکم کارگزینی برای شاغلین و حکم بازنشستگی جهت بازنشستگان تصویر صفحات اول و دوم شناسنامه کارمند و تصویر مدرک ایثارگری را ضمیمه نمایند و فرمهای تکمیل شده باضمام مدارک خراسته شده رسماً توسط نماینده امور بیمه ای آن مرکز حداکثر تا تاریخ ۹۲/۲/۲۵ به اداره رفاه دانشگاه تحویل گردد. ضمناً رعایت شرایط ذیل الزامی می باشد.

۱- ایثارگران شامل جانبازان و آزادگان و افراد تحت تکفل قانونی آنان (شامل والدین، همسر و فرزندان) و والدین، همسران و فرزندان شهدا می باشد. (موضوع بند الف ماده ۳۳ قانون پربانها)

بفصل توسعه



آدرس: کرمانشاه، بلوار شهید کتیرا، پستی: ۲۵۵۸۲۵۸ - ۲۵۵۸۲۳۶ - ۲۵۵۸۹۲۳

تلفن: ۲۸۵۸۸۷۰ - ۸۲۶۸۰۶۷ - کد پستی: ۶۷۱۵۸۲۳۱