



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
دانشکده پزشکی

بسمه تعالی

شماره: ۹۷/۵۲۷۳

تاریخ: ۱۳۹۷/۸/۲۸

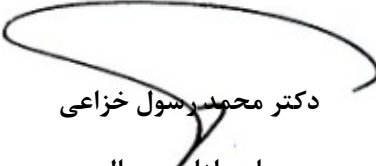
پیوست: دارد

فوری

مدیران محترم گروه‌های پایه و بالینی
کلیه کارکنان دانشکده پزشکی

باسلام و احترام

به پیوست نامه شماره ۵۴۶۳۳ تاریخ ۹۷/۸/۲۷ مدیر محترم ستاد شاهد و ایثارگران در خصوص بیمه تکمیلی جهت جانبازان و ایثارگران، مستدعی است تا تاریخ ۹۷/۸/۳۰ به منظور تکمیل فرم به واحد حسابداری دانشکده مراجعه فرمایند. ضمناً فرم بیمه تکمیلی پیوست میباشد. /ج ۹۷/۸/۲۸


دکتر محمد رسول خزاعی
معاون اداری و مالی

آدرس: کرمانشاه، بلوار شهید شیرودی، خیابان دانشگاه، دانشکده پزشکی، صندوق پستی ۱۵۶۸
کد پستی: ۶۷۱۴۸۶۹۹۱۴ شماره: ۳۴۲۷۶۴۷۷ تلفن: ۳۴۲۷۴۶۱۸-۲۱