



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه  
دانشکده پزشکی

بسمه تعالی

شماره: ۹۳/۳۸۱۰

تاریخ: ۱۳۹۳/۳/۱۲

پیوست: دارد

مدیریت محترم گروه / واحد محترم

سلام علیکم

با توجه به انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی با شرکت بیمه میهن، به اطلاع اساتید و همکاران محترمی که در سال قبل تحت پوشش بیمه بوده اند می رساند در صورت تغییر در تعداد نفرات تحت پوشش یا انصراف از ادامه بیمه تکمیلی تا تاریخ ۹۳/۳/۲۸ به کارگزینی دانشکده پزشکی مراجعه نمایند در غیر اینصورت عدم اعلام انصراف کتبی به منزله تمایل جهت ادامه کسر حق بیمه تلقی میگردد. ضمناً اساتید و همکارانی که قبلاً تحت پوشش بیمه تکمیلی نبوده اند در صورت تمایل تا تاریخ فوق الذکر جهت تکمیل فرم مربوطه به واحد کارگزینی دانشکده مراجعه نمایند. مبلغ حق بیمه به ازاء هر نفر با احتساب مالیات بر ارزش افزوده ماهیانه ۱۹۸۷۲۰ ریال می باشد. (در ضمن یک برگ فرم تعهدات بیمه گر پیوست بوده و فایل قرارداد منعقد با شرکت بیمه میهن در سایت دانشکده قرار دارد) / م/۹۳/۳/۱۲

دکتر علیرضا طلوعی  
معاون اداری و مالی  
طی

آدرس: کرمانشاه، بلوار شهید شیرودی، خیابان دانشگاه، دانشکده پزشکی، صندوق پستی ۱۵۶۸

کد پستی ۶۷۱۴۸۶۹۹۱۴      شماره ۴۲۷۶۴۷۷      تلفن ۲۱ - ۴۲۷۴۶۱۸