

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

دانشکده پزشکی

شماره
تاریخ
پیوست

معاونت محترم اداری و مالی دانشکده پزشکی

با سلام و احترام

اینجانب به شماره ملی از پرسنل رسمی / پیمانی / مشمول قانونکار دائم / قراردادی شاغل در این دانشکده متقاضی دریافت گواهی حقوقی جهت ارائه به بانک / موسسه / فروشگاه / شرکت در خصوص استفاده از تسهیلات به مبلغ ریال برای خود می باشم. لذا خواهشمنداست دستور فرمائید واحد محترم حسابداری اقدام لازم در این زمینه را مبذول فرمایند.

امضاء و اثر انگشت متقاضی

بسمه تعالی

نوع استخدام:

مبلغ حقوق دریافتی (ریال):

امضاء

تصویر کارت ملی پیوست شد

مورد تأیید حسابداری می باشد

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

تلفن ۲۱-۴۲۷۴۶۱۸

نمبر ۴۲۷۶۴۷۷

کد پستی ۶۷۱۴۸۶۹۹۱۴