

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
اعضای هیئت علمی شاغل در این دانشکده متقاضی دریافت گواهی حقوق جهت ارائه
به بانک / موسسه / فروشگاه / شرکت
ضمانت آقا / خانم به شماره ملی
با نسبت جهت تسهیلات به مبلغ ریال
مادامیکه در خدمت این اداره باشم، میباشم. 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 تائید حسابداری می باشد

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

تلفن ۲۱-۴۲۷۴۶۱۸

نمبر ۴۲۷۶۴۷۷

کد پستی ۶۷۱۴۸۶۹۹۱۴