



بسمه تعالی

شماره :

تاریخ:

پیوست:

از: ذیحسابی / دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
به : ذیحسابی / دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

فرم درخواست انتقال حقوق بازنشستگی .....

<p>نام: ..... نام خانوادگی: ..... دفتر کل: .....</p>	<p>الف: مشخصات متقاضی نام پدر: ..... محل تولد: ..... شماره شناسنامه یا شماره ملی: ..... تاریخ تولد: .....</p>
<p>ب: علت و مستندات تقاضا مدارک پیوست:</p>	<p>متقاضی انتقال به استان : ..... شهرستان : ..... به آدرس : ..... علت درخواست بطور مشروح : ..... مدارک پیوست:</p>
<p>ج: حقوق و مزایا حق بیمه خدمات درمانی بابت ..... حق بیمه تکمیلی جمعا ..... حق همسر ..... خالص پرداختی ..... <input type="checkbox"/> بیمه عمر یکساله پرداخت شده است . <input type="checkbox"/> بیمه عمر یکساله پرداخت نشده است.</p>	<p>حقوق ریال ریال نفر جمعا ریال کسر می شود. ریال کسر می شود. ریال حق اولاد ریال ریال ریال</p>
<p>د: تایید پرداخت تا پایان سال جاری</p>	<p>حق اولاد، عائله مندی، عیدی از سازمان بازنشستگی پرداخت می شود. ذیحسابی و مدیر کل امور مالی امضاء</p>
<p>ه: موافقت با انتقال</p>	<p>با انتقال نامبرده از تاریخ ..... به این دانشگاه با رعایت بند (د) موافقت می گردد. معاونت پشتیبانی دانشگاه : امضاء</p>