

از: مدیریت امور مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی **چهرم**

تاریخ:

به: مدیریت امور مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شماره:

موضوع: **مفاصا حساب حقوق و مزایا**

سلام علیکم

احتراماً، در اجرای حکم شماره مورخ مبنی بر خانم / آقای با شماره پرسنلی و کد ملی به واحد بدینوسیله گواهی می شود که نامبرده لغایت **پایان آبان ماه ۹۳** مشغول انجام وظیفه بوده و حقوق و مزایای خود را تا تاریخ بشرح ذیل دریافت نموده است.

| ردیف | شرح | مبلغ - ریال | کسورات - بدهیها |
|------|---------------------------|-------------|---|
| ۱ | حق شغل | | ۱- بیمه درمانی به تعداد نفر مبلغ |
| ۲ | حق شاغل | | ۲- بیمه درمانی به تعداد مبلغ |
| ۳ | تفاوت تطبیق | | ۳- بیمه تکمیلی یک |
| ۴ | فوق العاده شغل | | ۴- بیمه تکمیلی دو به تعداد مبلغ |
| ۵ | کمک هزینه عائله مندی | | ۵- <input type="checkbox"/> کسور بازنشستگی طبق مقررات مربوطه کسر گردیده است. |
| ۶ | کمک هزینه اولاد | | ۶- <input type="checkbox"/> کسور تامین اجتماعی طبق مقررات مربوطه کسر گردیده است. |
| ۷ | فوق العاده جذب هیئت امناء | | ۷- بن غیرنقدی بمبلغ پرداخت شده است. <input type="checkbox"/> نشده است <input type="checkbox"/> |
| ۸ | | | ۸- هزینه تسهیلات رفاهی بمبلغ ریال پرداخت شده است <input type="checkbox"/> |
| ۹ | | | نشده است <input type="checkbox"/> |
| ۱۰ | | | ۹- عیدی پایان سال بمبلغ پرداخت شده است <input type="checkbox"/> نشده است <input type="checkbox"/> |
| ۱۱ | | | ۱۰- وجه لباس بمبلغ پرداخت شده است <input type="checkbox"/> نشده است <input type="checkbox"/> |
| ۱۲ | | | ۱۱- مبلغ صندوق ذخیره کارکنان تا تاریخ ماهیانه |
| ۱۳ | | | براساس قوانین مربوطه کسر گردیده است. |
| ۱۴ | | | ۱۲- سایر: |
| ۱۵ | | | |
| ۱۶ | | | |
| ۱۷ | | | |
| ۱۸ | | | |
| ۱۹ | | | |
| جمع | | ۲۳.۹۱۲.۲۵۱ | |

توضیحات:

- ۱- دانشگاه مقصد مکلف است به محض اعلام بدهی کارمند توسط دانشگاه مبدأ نسبت به کسر و ارسال آن اقدام نماید.
- ۲- ضمناً شماره بیمه تأمین اجتماعی نامبرده نزد شعبه شماره تامین اجتماعی می باشد.

مدیر مالی دانشگاه