

جناب آقای دکتر کلایان مقدم

معاون محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه

باسلام و احترام؛

خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به:

ابطال دفترچه بیمه برقراری حق بیمه اصلاح حق بیمه

به نام آقای/خانم تحت سرپرستی

آقای/خانم کارمند بازنشسته دانشگاه

به شماره دفتر کل اقدام لازم به عمل آید.

نسبت متقاضی با بیمه شده اصلی:.....

سایر شرایط (توضیح):.....

شماره موبایل متقاضی:.....

آخرین واحد خدمتی بازنشسته:.....

تاریخ تولد بازنشسته:..... تاریخ فوت بازنشسته:.....

آدرس و تلفن محل سکونت

.....

.....

امضای متقاضی

تاریخ درخواست:.....