

فرم انصراف از بیمه تکمیلی

اینجانب

عضو هیأت علمی / کارمند رسمی پیمانی

قراردادی شرکتی شاغل در واحد

تقاضای انصراف

از بیمه تکمیلی را دارم.

تذکر مهم :

در مدت قرارداد ۹۰/۸/۱ لغایت ۹۱/۸/۱ به هیچ وجه امکان اضافه شدن به لیست بیمه

تکمیلی دانشگاه نمی باشد.

تاریخ

تایید نماینده رفاهی واحد

تاریخ

امضای متقاضی