

وکالت نامه

اینجانب کارمند دانشگاه علوم پزشکی شاهرود معاونت/مرکز به منظور بهره‌برداری از خدمات پوشش بیمه تکمیل درمان، مشخصات خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل خود را به شرح ذیل اعلام می‌دارم و به امور مالی دانشگاه وکالت می‌دهم مادامی که کارمند این دانشگاه باشم بابت حق بیمه هر نفر ماهانه مبلغ ۲,۲۰۰,۰۰۰ ریال در طول قرارداد (۱۴۰۱/۰۴/۰۱ تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۳۱) و در صورت تمدید آن، با توجه به شرایط و مفاد مندرج در متن قرارداد که توسط اینجانب مطالعه و مورد قبول واقع گردیده است از حقوق و مزایای اینجانب کسر و به حساب شرکت بیمه‌گر واریز نماید. ضمناً تعهد می‌دهم در صورتی که به هر شکل ممکن در طول مدت قرارداد بابت شرایطی از قبیل استفاده از مرخصی بدون حقوق، انتقال و... امور مالی دانشگاه نتوانست حق بیمه را از حقوق اینجانب کسر نماید؛ راساً نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام نموده و تصویر فیش واریزی را به امور مالی معاونت/مرکز تحویل نمایم.

اطلاعات بیمه شده اصلی

نام : نام خانوادگی : نام پدر : تاریخ تولد : شماره شناسنامه :
شماره کد ملی : جنسیت : وضعیت تاهل : تلفن ثابت : تلفن همراه :

اطلاعات پرسنلی

نوع استخدام : محل خدمت : نوع بیمه پایه :

شماره شبا حساب حقوقی:

اطلاعات افراد تحت تکفل:

ردیف	نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	شماره ملی	نام پدر	نسبت	تاریخ تولد
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							

امضاء و اثر انگشت

سلام علیکم،

با احترام، با توجه به درخواست شماره مبنی بر ثبت نام در بیمه تکمیل درمان سال ۱۴۰۱، اطلاعات شما و افراد خانواده (همسر، فرزندان، افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل) به صورت صحیح در تاریخ به تعداد نفر ثبت گردید. (هرگونه پیگیری نسبت به اعتراض همکاران در خصوص قصور در ثبت نام از جانب واحدهای ذریبط، صرفاً در قبال ارائه رسید فرم تکمیل شده ثبت نام میسر می‌باشد؛ در غیر این صورت مسئولیت هرگونه مغایرت و یا عدم ثبت نام به عهده شخص کارمند می‌باشد)

امضاء مسئول ثبت نام