



بسمه تعالی

مدیر کل محترم امور اداری و منابع انسانی

سلام علیکم

احتراماً، اینجانب

فرزند

به شماره شناسنامه

شماره ملی

به تاریخ تولد

صادره از

۱۳ / /

بدین وسیله تقاضای استفاده از مزایای

بیمه درمان تکمیلی را دارم.

لذا خواهشمند است دستور فرمایید اینجانب و افراد تحت تکفل را به شرح جدول ذیل تحت پوشش بیمه مذکور قرار داده و بدینوسیله به آن مدیریت محترم وکالت می دهم نسبت به کسر حق بیمه مربوط از حقوق و مزایای ماهیانه اینجانب اقدام لازم به عمل آورند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شبای بانک تجارت	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	شماره ملی	شماره بیمه درمانی	نسبت با بیمه شده اصلی
۱				۱۳ / /				
۲								
۳								
۴								
۵								

نام نام خانوادگی :

تاریخ و امضاء: