

فرم درخواست هزینه های مزاد درمان

<p>توسط کارمند تکمیل گردد</p>	<p>اینجانب کارمند شاغل در قسمت درخواست دریافت هزینه های ( نوع هزینه مشخص شود ) . نام و نام خانوادگی بیمار: نسبت با بیمه شده اصلی تلفن تماس :</p> <p>به شماره پرسنلی تاریخ هزینه مبلغ هزینه امضاء و تاریخ: تحویل:</p>										
<p>توسط امور اداری تکمیل شود</p>	<p>بدین وسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مزاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند./ نداشته اند.</p> <p>شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته : بیمه شده اصلی بیمار شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید : بیمه شده اصلی بیمار شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته : بیمه شده اصلی بیمار شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید : بیمه شده اصلی بیمار</p> <p>مهر - امضاء - تاریخ:</p>										
<p>مشخصات مبلغ واریزی به حساب صندوق توسط امور مالی تکمیل شود</p>	<p>حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۲۵۷۴۹۷ مورخ ۹۶/۰۷/۳۰ از طریق بانک ملی مرکزی تیران به مبلغ ۲۶۲/۴۴۰/۰۰۰ ریال (به حروف: دویست و شصت و دومیلیون و چهارصد و چهل ریال) به حساب جاری ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام صندوق بیمه مزاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد کد ۱۰۱۷ واریز و رسید آن طی نامه شماره ۰۱۰۹۷-۱/۴۰-۱۰ مورخ ۹۶/۰۸/۰۱ به اداره کل منابع انسانی و سیاستهای رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است .</p> <p>مهر - امضاء - تاریخ:</p>										
<p>نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد</p>	<p>نام بیمه شده اصلی : نوع هزینه / عمل هزینه های ارائه شده به مبلغ : بیمه گر اول ( تأمین اجتماعی ) به مبلغ : موافقت کمیته به مبلغ :</p> <p>نام بیمار : تاریخ هزینه : ریال ( به حروف ) : ریال ( به حروف ) : ریال ( به حروف ) :</p> <p>دکتر کامران امینی رئیس واحد تیران</p> <p>غلامحسین رجب زاده معاون اداری و مالی</p> <p>غلامحسین رجب زاده دبیر کمیته بیمه و رفاه واحد</p>										
<p>شماره حساب واحد</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>شناسه واریز</th> <th>شماره حساب</th> <th>کد شعبه</th> <th>نام شعبه</th> <th>بانک ملی</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>۰۱۰۵۷۳+۵۷۳+۰۰۷</td> <td>۳۲۲۸</td> <td>مرکزی</td> <td>تیران</td> </tr> </tbody> </table>	شناسه واریز	شماره حساب	کد شعبه	نام شعبه	بانک ملی	-	۰۱۰۵۷۳+۵۷۳+۰۰۷	۳۲۲۸	مرکزی	تیران
شناسه واریز	شماره حساب	کد شعبه	نام شعبه	بانک ملی							
-	۰۱۰۵۷۳+۵۷۳+۰۰۷	۳۲۲۸	مرکزی	تیران							
<p>تأیید و امضاء کارشناس</p>	<p>کسورات : مبلغ قابل پرداخت :</p>										

تذکر : در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق های عادی یا ویژه نهایت دقت به عمل آید مسؤولیت هرگونه خسارت در صورت بروز مشکل به عهده دبیر کمیته بیمه و رفاه می باشد.