شماره: ...

تاریخ: ...

پیوست: ...

مشخصات وراث قانونی مشمول دریافت حقوق وظیفه

فرم شماره

نام دستگاه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز کد دستگاه:	شماره مستخدم:	نام:	نام‌خانوادگی:	نام پدر:	شماره کد ملی:	شماره دفترکل:	تاریخ فوت:	تمایل به استفاده از بیمه تکمیلی : دارد ندارد

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	نسبت	جنسیت		دانشجو	بند ج	مشخصات حساب بانکی و بانک پرداخت کننده				سهم حقوق وظیفه
									مرد	زن			شماره حساب	نام بانک	نام شعبه	کد شعبه بانک	

مسئولیت صحت موارد فوق کلاً بر عهده امضاء کنندگان ذیل می باشد.

تائیدکنندگان :

– مدیر امور اداری / عناوین مشابه دستگاه اجرائی نام و نام‌خانوادگی: #signature1#

– مدیر امور مالی / ذیحساب نام و نام‌خانوادگی: #signature2#

شماره دفتر اندیکاتور دستگاه :

تاریخ صدور :