

فرم درخواست استفاده از تسهیلات رفاهی کارکنان ایثارگر



دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

کد ملی: متاهل مجرد

واحد خدمتی: شهرستان: نوع ایثارگری:

تعداد کل افراد خانواده (همراه):

| ردیف | نام و نام خانوادگی | کد ملی | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | نسبت با ایثارگر |
|------|--------------------|--------|----------------|------------|-----------------|
| ۱. | | | | | |
| ۲. | | | | | |
| ۳. | | | | | |
| ۴. | | | | | |
| ۵. | | | | | |
| ۶. | | | | | |

تاریخ شروع درخواست اقامت در هتل از مورخه لغایت روز مورخه (حداکثر سه روز ماندگاری)

اینجانب متعهد می گردم ضمن مطالعه و اطلاع کامل از آئین نامه مربوطه، ضوابط و شرایط آن را رعایت نموده و در صورت کنسلی و یا هر گونه خسارت وارده احتمالی به هتل شخصاً پاسخگویی قانونی را داشته و اعتراضی به اجرای ضوابط آئین نامه در این خصوص نخواهم داشت.

تاریخ و شماره فیش واریزی:

تاریخ تکمیل فرم درخواست:

تلفن همراه: تلفن ثابت: تلفن ضروری:

امضاء و اثر انگشت متقاضی