



مؤسسه ایثار دانشگاه
علوم پزشکی کاشان

تاریخ :
شماره :
پیوست :

باسمه تعالی

مدیریت محترم مالی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
سلام علیکم

احتراماً مستدعی است از حقوق اینجانب فرزند
..... به کد ملی کارمند..... به طور
مستمر بابت افزایش سپرده ، ماهانه (به حروف) مبلغ ریال
از حقوق و مزایای ماه سال کسر و چک در وجه موسسه ایثار
دانشگاه صادر فرمائید .

تاریخ :
امضاء متقاضی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی
درمانی کاشان

تاریخ :
شماره :
پیوست :

باسمه تعالی

مؤسسه ایثار دانشگاه علوم پزشکی کاشان
سلام علیکم

احتراماً با توجه به درخواست آقای / خانم فرزند
..... به کد ملی کارمند به طور
مستمر بابت افزایش سپرده، ماهانه (به حروف) مبلغ ریال
از حقوق و مزایای ماه سال کسر و چک در وجه موسسه ایثار
دانشگاه صادر می گردد .
تلفن همراه:

تاریخ :
مهر و امضاء امور مالی

آدرس : کاشان - بلوار قطب راوندی - دانشکده دندانپزشکی - موسسه ایثار دانشگاه
تلفن: ۵۵۱۰۳۲۴۴ - داخلی ۳۲۴۴

آدرس : کاشان - بلوار قطب راوندی - دانشکده دندانپزشکی - موسسه ایثار دانشگاه
تلفن: ۵۵۱۰۳۲۴۴ - داخلی ۳۲۴۴

مؤسسه ایثار دانشگاه
علوم پزشکی کاشان

شماره:
تاریخ:
پیوست:

«فرم درخواست عضویت»

مدیر عامل محترم مؤسسه ایثار دانشگاه علوم پزشکی کاشان

سلام علیکم

احتراماً اینجانب کارمند..... درخواست عضویت در
مؤسسه ایثار دانشگاه برابر اساسنامه آن را می نمایم . در ضمن محل خدمت اینجانب
بوده و مدیریت مالی دانشگاه مجاز است بابت حق عضویت ماهیانه بطور مستمر مبلغ
ریال بعنوان پس انداز کسر و در ضمن مدیریت محترم مالی مجاز است کسورات آتی را بر اساس
مصوبه هیئت مدیره از حقوق و مزایای اینجانب کسر و به حساب آن مؤسسه واریز نماید.

امضاء متقاضی

تاریخ

.....
مؤسسه ایثار دانشگاه علوم پزشکی کاشان
سلام علیکم
بدینوسیله گواهی می شود , آقای / خانم کارمند
دارای سوابق ایثارگری به شرح زیر می باشد :
خانواده شهید ☐ نسبت با شهید
آزاده ☐ مدت اسارت
جانباز ☐ درصد جانبازی
رزمنده ☐ مدت حضور در جبهه

دفتر ایثار دانشگاه

.....
آدرس : کاشان – بلوار قطب راوندی – دانشکده دندانپزشکی – مؤسسه ایثار دانشگاه
تلفن: ۳۲۴۴-۵۵۱۰-داخلی ۳۲۴۴