|  |  |
| --- | --- |
| **فرم دريافت بن فروشگاه رفاه****ويژه پرسنل پيماني، قراردادي، تبصره 3 و4** | يI:\45.gif |
| بسمه تعاليرئيس محترم بيمارستان/سرپرست محترم............................با سلام باستحضار مي رساند اينجانب....................................................به كد ملي................................................. شاغل در ...................................................كارمند □ پيماني؛□ قراردي □تبصره3□ تبصره4 متقاضي خريد از فروشگاه زنجيره اي رفاه به صورت دريافت بن با مبلغ.................................................................................مي باشم.به حسابداري محل خدمت وكالت مي دهم در صورت عدم وصول چك پس از اعلام اداره رفاه كاركنان دانشگاه از محل حقوق و مزاياي نامبرده كسر گردد.نام و نام خانوادگي متقاضي امضاءشماره تماس: |
|  |
| رديف | شماره چك | مبلغ چك | تاريخ چك | شعبه رفاه |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **فرم دريافت بن فروشگاه رفاه****ويژه پرسنل پيماني، قراردادي، تبصره 3 و4** | يI:\45.gif |
| بسمه تعاليرئيس محترم بيمارستان/سرپرست محترم............................با سلام باستحضار مي رساند اينجانب....................................................به كد ملي................................................. شاغل در ...................................................كارمند □ پيماني؛□ قراردي □تبصره3□ تبصره4 متقاضي خريد از فروشگاه زنجيره اي رفاه به صورت دريافت بن با مبلغ.................................................................................مي باشم.به حسابداري محل خدمت وكالت مي دهم در صورت عدم وصول چك پس از اعلام اداره رفاه كاركنان دانشگاه از محل حقوق و مزاياي نامبرده كسر گردد.نام و نام خانوادگي متقاضي امضاءشماره تماس: |
|  |
| رديف | شماره چك | مبلغ چك | تاريخ چك | شعبه رفاه |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |