|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرم دريافت بن فروشگاه رفاه**  **ويژه پرسنل پيماني، قراردادي، تبصره 3 و4** | | | | | يI:\45.gif |
| بسمه تعالي  رئيس 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  امضاء  شماره 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 تعالي  رئيس 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  امضاء  شماره تماس: | | | | | |
|  | | | | | |
| رديف | شماره چك | مبلغ چك | تاريخ چك | شعبه رفاه | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |