

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 شاغل در بطور مستمر بابت
افزایش سپرده ، ماهانه (به حروف) مبلغ ریال از حقوق
و مزایای ماه سال کسر و چک در وجه مؤسسه ایثار دانشگاه
صادر فرمائید .

تاریخ :

امضاء متقاضی

آدرس : کاشان - بیمارستان نقوی - طبقه فوقانی ام آر آی، تلفن ۴۴۷۱۱۳۴

و ۴۴۵۱۵۱۵ داخلی: ۲۳۷

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 شاغل در بطور مستمر بابت
افزایش سپرده , ماهانه (به حروف) مبلغ ریال از حقوق
و مزایای ماه سال کسر و چک در وجه مؤسسه ایثار دانشگاه
صادر می گردد .

تاریخ:

مهر و امضاء امور مالی

آدرس: کاشان - بیمارستان نقوی - طبقه فوقانی ام آر آی، تلفن ۴۴۷۱۱۳۴
و ۴۴۵۱۵۱۵ داخلی: ۲۳۷