

اداره خدمات درمانی شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش

بدینوسیله به اطلاع می رساند؛

اینجانب: به شماره ملی: و شماره بیمه
درمانی: و شماره بیمه تامین اجتماعی:
که از تاریخ: در سازمان / شرکت: مشغول
به کار می باشم، حداقل ۷۲۰ روز تا تاریخ عقد، سابقه پرداخت حق بیمه دارم و
در تاریخ: (حسب تصویر عقدنامه پیوست) برای اولین بار ازدواج نموده ام، متعهد
می شوم چنانچه خلاف اظهاراتم ثابت شود اصل مبلغ دریافتی را عودت نمایم و یا با اعلام به
سازمان/شرکت متبوعه، از اولین حقوق و مزایای اینجانب کسر و به حساب شرکت سرمایه گذاری و
توسعه کیش واریز شود و بر اساس مقررات با اینجانب رفتار گردد.

امضاء و مهر

کارگزینی شرکت متبوعه

امضاء متقاضی