

صندوق قرض الحسنه امام حسن مجتبی (ع)

شبکه بهداشت و درمان آران و بیدگل

بسمه تعالی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

مدیرعامل صندوق قرض الحسنه امام حسن مجتبی (ع) شب

موضوع : درخواست عضویت

اینجانب فرزند با مشخصات ذیل و با عضویت

(رسمی □ پیمانی □ قراردادی □ طرحی □ و) شاغل در

تمایل به عضویت در صندوق قرض الحسنه امام حسن مجتبی (ع) را دارم. خواهشمند است ماهیا

مبلغ ریال بابت برداشت پس انداز از حقوق اینجانب کسر گردد.

| شماره حساب بانک رفاه | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | کدملی |
|----------------------|----------------|------------|------------|
| | | | |
| محل تولد | شماره کارمندی | تلفن منزل | تلفن همراه |
| | | | |

امضاء

شهرستان آران و بیدگل - بلوار امام خمینی - شبکه بهداشت و درمان

تلفن های تماس: ۰۹۱۳۲۷۶۱۵۶۹ مهندس لامع - ۰۹۱۳۲۶۰۷۱۹۱ مهندس اعتصام