



فرم درخواست صدور دفترچه درمان المثنی

صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

اینجانب به شماره عضویت و کد ملی

درخواست ابطال دفترچه قبلی و چاپ مجدد دفترچه خود / عضو تحت تکفل خود به نام

کد ملی را به دلیل دارم.

اینجانب با امضاء این فرم متعهد می گردم در صورت یافتن دفترچه ابطالی آن را به دفاتر صندوق آینده ساز تحویل نمایم و صندوق مختار است هرگونه ضرر و زیان ناشی از استفاده غیر قانونی از دفترچه درمان ابطالی را از محل مطالبات اینجانب وصول نماید.

ایمیل:

کد پستی:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

اثر انگشت:

امضاء:

تاریخ: