



فرم انصراف از بیمه مازاد (تکمیلی) صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

اینجانب به شماره عضویت و شماره ملی با اطلاع از شرایط و ضوابط مربوط به انصراف از بیمه مازاد درمان صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز، متقاضی انصراف از این طرح به همراه افراد تحت تکفل خویش می باشم.

ایمیل:

کد پستی:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

اثر انگشت:

امضاء:

تاریخ: