

کارگزاری محترم سازمان تامین اجتماعی استان کرمانشاه

کارگزاری محترم سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت کارگزاری

محترم سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح

باسلام

احتراماً اینجانب به شماره کد ملی فرزند به شماره شناسنامه

با توجه به اینکه از ابتدای آبان ۱۴۰۳ (شش ماه قبل از ارائه درخواست) شاغل به کار و یا بازنشسته در ادارات و سازمانها و شرکت های دولتی و خصوص نمی باشم لذا خواهشمند است ضمن بررسی موضوع مراتب در ذیل این برگه جهت ارائه به سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کرمانشاه گواهی فرمائید. ضمناً اینجانب فرم تعهد نامه مرتبط را در سامانه سینا تکمیل و ارسال نموده ام.

شماره عضویت نظام مهندسی :

شماره تلفن همراه:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی

مهر و امضاء

بدینوسیله گواهی می شود آقای/خانم به کد ملی در سازمان تامین اجتماعی دارای سابقه پرداخت

حق بیمه ☐ فاقد سابقه پرداخت حق بیمه ☐ می باشد.

بیمه شده اصلی ☐ تحت تکفل ☐ نوع بیمه:

نامبرده دارای سابقه بازنشستگی در تاریخ بوده و دارای حقوق بازنشستگی می باشد. بلی ☐ خیر ☐

آخرین سابقه در تاریخ. مربوط به کارگاه. می باشد. و پس از آن فاقد سابقه می باشد.

تامین اجتماعی

-- بدینوسیله گواهی می شود آقای/خانم به کد ملی در سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت دارای سابقه

پرداخت حق بیمه ☐ فاقد سابقه پرداخت حق بیمه ☐ می باشد.

بیمه شده اصلی ☐ تحت تکفل ☐ نوع بیمه:

نامبرده دارای سابقه بازنشستگی در تاریخ بوده و دارای حقوق بازنشستگی می باشد. بلی ☐ خیر ☐

آخرین سابقه در تاریخ. مربوط به اداره. می باشد. و پس از آن فاقد سابقه می باشد.

خدمات درمانی کارکنان دولت

بدینوسیله گواهی می شود آقای/خانم به کد ملی در سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح دارای سابقه

پرداخت حق بیمه ☐ فاقد سابقه پرداخت حق بیمه ☐ می باشد.

بیمه شده اصلی ☐ تحت تکفل ☐ نوع بیمه:

نامبرده دارای سابقه بازنشستگی در تاریخ بوده و دارای حقوق بازنشستگی می باشد. بلی ☐ خیر ☐

آخرین سابقه در تاریخ. مربوط به کارگاه. می باشد. و پس از آن فاقد سابقه می باشد.

خدمات درمانی نیروهای مسلح