

بیت

فرم تقاضای عضویت در صندوق تعاون و رفاه

سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

(اشخاص حقیقی)

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از.....

آدرس شماره تلفن

همراه شماره تلفن ثابت به شماره عضویت نظام دامپزشکی

استان با تسلیم مدارک زیر، تقاضای عضویت در صندوق تعاون و رفاه سازمان را دارم.

۱- اصل رسید واریز شده مبلغ ۵۰۰.۰۰۰ ریال به حساب سپرده شماره- ۰۲۰۵۷۲۱۰۹۵۰۰۵- نزد بانک ملی

شعبه کالج بنام صندوق تعاون و رفاه سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

۲- تصویر کارت عضویت معتبر سازمان نظام

۳- کپی قرارداد استخدامی (مخصوص کارکنان سازمان)

۴- کپی کارت ملی

۵- ارائه کد شناسه بانک ملی (کدشناسه متشکل از شماره نظام دامپزشکی هر شخص به انضمام دو رقم کد دیجیت می باشد).

(جهت دریافت کدشناسه با شماره تلفن های ۶۱۰۶۱۱۰۹ و ۶۱۰۶۱۱۰۱ تماس حاصل فرمائید).

تعهدات:

۱- میزان حق عضویت اشخاص حقیقی یک میلیون ریال می باشد که طی ۲ مرحله به فاصله ۲ ماه (۶۰ روز)

بایستی به حساب صندوق تعاون واریز گردد. در غیر این صورت عضویت کان لم یکن تلقی خواهد شد.

۲- مبلغ حق عضویت تنها بابت استفاده از خدمات صندوق می باشد.

۳- در صورت عدم استفاده از تسهیلات صندوق پس از یک سال امکان استرداد حق عضویت با خروج عضو

از صندوق و در خواست کتبی امکان پذیر می باشد.

محل اثر انگشت و امضاء