



بسمه تعالی

فرم تقاضای انصراف از دوره کمک پرستاری

نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی:

استان محل آموزش: شهرستان: در تاریخ ثبت نام کرده

تقاضای انصراف قطعی از دوره کمک پرستاری را دارم ضمناً اینجانب اعلام میدارم که هیچگونه حق و ادعایی در هیچ زمینه ای علیه تعاونی کارکنان نظام سلامت کشور ندارم و با رضایت قبلی ذیل با کسر هزینه انصراف رضایت قطعی خود را نسبت به این تعاونی بیان میدارم.

مبلغ واریزی: ریال نام بانک:

شماره شبا:

* شماره شبا ۲۴ رقمی می باشد و در ضمن شماره شبا به نام شخص ثبت نام کننده باشد.
* موعد دریافت وجه ۳۰ روز بعد از ارسال فرم می باشد.
فرم را به شماره ۰۲۱-۸۸۳۹۲۶۰۱ فکس نمایید.

وب سایت رسمی شرکت تعاونی کارکنان نظام سلامت کشور

www.nezamsalamat.ir

Nrco۹۳@gmail.com

تلفن ثابت:

امضاء و اثر انگشت

موبایل: