

شماره:

تاریخ:

سازمان بازنشستگی کشوری
خلاصه تائیدیه صورت ارسال وجه

نام دستگاه :

سال:

ماه	کسور بازنشستگی		فرم ۵/۱		مبلغ واریزی	فیش بانکی		میزان بدهی
	سهم کارمند	سهم کارفرما	شماره	تاریخ		شماره	تاریخ	
نام و نام خانوادگی ذیحساب :								
تاریخ: امضاء								
تائیدیه سازمان بازنشستگی کشوری								
شماره:								
تاریخ:								
نام و نام خانوادگی مدیرکل امور مالی								
تاریخ: امضاء								
نسخه :								