

مشخصات وراث قانونی واجد شرایط

فرم شماره ۳

نام دستگاه:	شماره مستخدم:	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره کدملی:	شماره دفترکل	تاریخ فوت:
کد دستگاه:							تاریخ برقراری:

اسامی وراث واجد شرایط دریافت حقوق وظیفه

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	نسبت	جنسیت		دانشجو	بند(ج)	مشخصات حساب بانک صادرات		درخواست بیمه تکمیلی	شماره تلفن همراه
									زن	مرد			شماره حساب	کدشعبه		
۱																
۲																
۳																
۴																
۵																
۶																
۷																
۸																

مسئولیت صحت موارد فوق کلاً به عهده امضاء کنندگان ذیل می باشد.

شماره:

تاریخ صدور:

۱- مدیر کل اموراداری / عناوین مشابه دستگاه اجرایی

نام و نام خانوادگی

امضاء

۲- مدیر کل امور مالی / ذیحساب دستگاه اجرایی

نام و نام خانوادگی

امضاء