

تعهد نامه کسر از حقوق فرزندان شهیدا

گواهی می شود آقای/خانم فرزند
شماره ملی محل خدمت تعهد می
نمایم مبلغ کل : ریال به حروف ریال
تعهد الف / ب / ج / د ، بابت بیمه شدگان بیمه تکمیلی حکمت سال
۱۳۹۷-۱۳۹۸ به تعداد نفر به حروف نفر:

..... به شماره ملی
..... به شماره ملی
..... به شماره ملی
..... به شماره ملی
..... به شماره ملی
..... به شماره ملی

از حقوق و مزایای اینجانب کسر گردد.

امضاء / تاریخ

مهر و امضاء امور مالی محل خدمت

مهر و امضاء رابط بیمه تکمیلی