"ﻓﺮم درﺧﻮاﺳﺖ اﺑﻄﺎل دﻓﺘﺮﭼﻪ ﺧﺪﻣﺎت درﻣﺎﻧﯽ"

.........................

/ ﮐﺎرﻣﻨﺪ

ﻋﻀﻮ ﻫﯿﺎت ﻋﻠﻤﯽ

..................................

ﺑﻪ ﺷﻤﺎره ﻣﻠﯽ

...............................

اﯾﻨﺠﺎﻧﺐ

ﺷﺎﻏﻞ در داﻧﺸﮑﺪه / اداره ﻣﺘﻘﺎﺿﯽ اﺑﻄﺎل .......... ﺟﻠﺪ دﻓﺘﺮﭼﻪ ﺑﻪ ﺷﺮح ﺟﺪول ﻣﯽ ﺑﺎﺷﻢ.

......................................................................... : ﻫﻤﺮاه ﺗﻠﻔﻦ ﺗﻤﺎس ﺗﻠﻔﻦ

ﺧﻮاﻫﺸﻤﻨﺪ اﺳﺖ در اﯾﻦ ﺧﺼﻮص دﺳﺘﻮر ﻻزم را ﻣﺒﺬول ﻓﺮﻣﺎﯾﻨﺪ .

# ﻋﻠﺖ اﺑﻄﺎل :

.1 ﻓﻮت ﺻﺎﺣﺐ دﻓﺘﺮﭼﻪ .2 ازدواج ﺻﺎﺣﺐ دﻓﺘﺮﭼﻪ .3 رﺳﯿﺪن ﺑﻪ ﺳﻦ ﻗﺎﻧﻮﻧﯽ

.4 ﻋﻠﺖ اﺑﻄﺎل ﺑﺪﻟﯿﻞ داﺷﺘﻦ ﺳﺎﯾﺮ ﺑﯿﻤﻪ ﻫﺎ ) اﺷﺘﻐﺎل(

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﻋﻠﺖ اﺑﻄﺎل** | **ﮐﺪﻣﻠﯽ** | **ﻧﺴﺒﺖ** | **ﻧﺎم ﭘﺪر** | **ﻧﺎم و ﻧﺎم ﺧﺎﻧﻮادﮔﯽ ﺻﺎﺣﺐ دﻓﺘﺮﭼﻪ** | **ردﯾﻒ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# ﻣﺪارك ﻻزم ﺟﻬﺖ اﺑﻄﺎل دﻓﺘﺮﭼﻪ :

.1 ﻓﻮت ﺻﺎﺣﺐ دﻓﺘﺮﭼﻪ : -1 اﺻﻞ دﻓﺘﺮﭼﻪ -2 ﮔﻮاﻫﯽ ﻓﻮت -3 ﺗﺼﻮﯾﺮ ﻓﯿﺶ ﺣﻘﻮﻗﯽ

.2 ازدواج ﺻﺎﺣﺐ دﻓﺘﺮﭼﻪ : -1 اﺻﻞ دﻓﺘﺮﭼﻪ -2 ﮐﭙﯽ ﺗﻤﺎم ﺻﻔﺤﺎت ﺷﻨﺎﺳﻨﺎﻣﻪ -3 ﺗﺼﻮﯾﺮ ﻓﯿﺶ ﺣﻘﻮﻗﯽ

.3 رﺳﯿﺪن ﺑﻪ ﺳﻦ ﻗﺎﻧﻮﻧﯽ : -1 اﺻﻞ دﻓﺘﺮﭼﻪ -2 ﮐﭙﯽ ﺗﻤﺎم ﺻﻔﺤﺎت ﺷﻨﺎﺳﻨﺎﻣﻪ -3 ﺗﺼﻮﯾﺮ ﻓﯿﺶ ﺣﻘﻮﻗﯽ

.4 ﺳﺎﯾﺮ ﺑﯿﻤﻪ ﻫﺎ )اﺷﺘﻐﺎل( : -1 اﺻﻞ دﻓﺘﺮﭼﻪ -2 ﺗﺼﻮﯾﺮ دﻓﺘﺮﭼﻪ ﺑﯿﻤﻪ ﻓﺮزﻧﺪ ﯾﺎ ﻫﻤﺴﺮ -3 ﺗﺼﻮﯾﺮ ﻓﯿﺶ ﺣﻘﻮﻗﯽ

اﻣﻀﺎء ﺳﺮﭘﺮﺳﺖ ﺧﺎﻧﻮاده اﻣﻀﺎء ﮐﺎرﺷﻨﺎس ﺑﯿﻤﻪ ﻫﺎي اوﻟﯿﻪ

........ /.......... /........ ارﺟﺎع ﺗﺎرﯾﺦ

........./.........../.......

ﺗﺎرﯾﺦ ﺗﮑﻤﯿﻞ ﻓﺮم

ﺟﻨﺎب آﻗﺎي / ﺳﺮﮐﺎر ﺧﺎﻧﻢ ﺟﻬﺖ ﺑﺮرﺳﯽ و اﻗﺪام ﻻزم

ﻣﺪﯾﺮ اﻣﻮراداري داﻧﺸﮕﺎه