

مدیریت محترم بیمارستان

با سلام و احترام

اینجانب با کد ملی ، با
پست سازمانی پرسنل (رسمی - پیمانی - قراردادی - رسمی - شرکتی)
این مرکز، به علت درخواست لغو بیمه تکمیلی را خواستارم.
خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم بعمل آورند.

امضاء