**\*\*\*فرم نامه ابطال بیمه درمان فردی که پایان طرح دارد**

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

**به استحضار می رساند باتوجه به ابلاغ پایان طرح آقا / خانم ............................ پرسنل مرکز........................... ازتاریخ ....................... به شماره کد ملی .................. که دارای بیمه درمان طرح ........... اصلی ...... نفر وتبعی ........ نفر می باشند نام ایشان از تاریخ مذکور ازلیست بیمه شدگان مرکز حذف گردد. لذا خواهشمند است دستور اقدامات لازم رامبذول فرمائید.**

**مدارک لازم :**

**1-حکم کارگزینی**

**2-ابلاغ پایان طرح**

**3-درخواست شخصی فرد**

**4- فرم تعهدنامه ازسامانه بیمه درمان دانشگاه**