**\*\*فرم نامه انتقالی افراد**

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

**به استحضار می رساند با توجه به اینکه آقا / خانم ............................ پرسنل ( رسمی / پیمانی / قراردادی / طرحی / شرکتی)به شماره کد ملی .................. که دارای بیمه درمان طرح ........... اصلی ...... نفر وتبعی ........ نفر می باشد که ازمرکز................................به ...........................انتقال یافته اندازلیست بیمه شدگان مرکز حذف گردد. لذا خواهشمند است دستور اقدامات لازم رامبذول فرمائید.**

**مدارک لازم :**

**1-حکم کارگزینی**

**2- ابلاغ انتقالی**

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