

درخواست برقراری حق الزحمه ضریب 2k پزشکان تمام وقت جغرافیایی

تاریخ:

ریاست محترم دانشکده:

امتراًماً اینجانب: فرزند: شش: کد ملی:

تاریخ تولد: متفصص / فوق تفصص: شماره نظام پزشکی:

براساس حکم کارگزینی پیوست از تاریخ: شاغل در دانشکده: شماره همراه:

تمت عنوان تمام وقت جغرافیایی (عضو هیئت علمی) تقاضای برقراری حق الزحمه فدمات ارائه شده توسط اینجانب در آن مرکز را بر مبنای ضریب 2k دارم. ضمناً اینجانب ضمن آگاهی ازضوابط و نحوه پرداخت حق الزحمه تمام وقت جغرافیایی (ضریب 2k) از سوی موسسات بیمه گریپه، متعهد میگردم ضمن رعایت دستورالعمل پزشکان دوکا، به ممض فارغ شدن از شرایط امراز (در مورد ضریب 2k) مراتب را کتبا به دانشکده و دانشگاه اعلام نمایم. در غیر اینصورت دانشکده مجاز است مبلغ کسور اعمال شده در این فصوص از سوی موسسات بیمه گر طرف قرارداد را از مطالبات اینجانب کسر نماید.

مدارک موردنیاز: 1- کپی حکم کارگزینی 2- کپی کارت ملی و نظام پزشکی 3- فرم نمونه دست خط

مهر و امضاء پزشک

معاون محترم درمان دانشگاه

امتراًماً عین درخواست آقا / فانم متفصص / فوق تفصص ارسال میگردد فواهمشمنند است دستور فرمایید نسبت به معرفی نامبرده به موسسات بیمه گر و برقراری حق الزحمه ایشان بر مبنای ضریب دوکا مساعدت لازم صورت پذیرد.

مهر و امضاء
رئیس دانشکده

مهر و امضاء
معاونت آموزش دانشگاه

ریاست محترم دانشگاه

امتراًماً نامبرده بعنوان پزشک تمام وقت جغرافیایی (عضو هیئت علمی) شاغل در دانشکده پزشکی / دندانپزشکی مورد تأیید می باشد.
مهر و امضاء

معاونت درمان دانشگاه

مدیریت محترم امور مالی دانشگاه

امتراًماً مقتضی است برابر مقررات اقدام لازم صورت پذیرد.

مهر و امضاء
رئیس دانشگاه