

سازمان بازنشستگی کشوری
درخواست استرداد یا انتقال کسور بازنشستگی

۳- شماره ملی :			۲- شماره مستخدم :	موسسه: دانشگاه علوم پزشکی کرمان		
۸- شماره شناسنامه :			۶- نام پدر :	۴- نام :		
۷- تاریخ تولد :			۱۰- رسته :	۹- عنوان پست سازمانی :		
۱۱- گروه :			۱۲- محل خدمت:			
ندارد <input type="checkbox"/> وکسور آن را پرداخت کرده <input type="checkbox"/> نکرده <input type="checkbox"/> است			استان: شهرستان:			
۱۳- خدمت زیر پرچم دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			۱۴- خدمت غیررسمی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> و کسور ان را پرداخت کرده <input type="checkbox"/> نکرده <input type="checkbox"/> است			
۱۵- وضعیت استخدامی:			مشمول قانون استخدام کشوری <input checked="" type="checkbox"/> مشمول سایر مقررات استخدامی <input type="checkbox"/>			
۱۶- علت درخواست: اخراج <input type="checkbox"/> استعفا <input type="checkbox"/> انتقال <input type="checkbox"/>			۱۷- تاریخ استخدام اولیه:			
انفصال <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> بازخرد <input type="checkbox"/> تغییر صندوق <input type="checkbox"/> طرح <input type="checkbox"/>						
۱۸- تاریخ استخدام رسمی:			۲۰- تاریخ خروج از خدمت یا انتقال یا تغییر صندوق			
۱۹- مشخصات اولین حکم استخدام رسمی: شماره تاریخ صدور:			۲۱- مجوز خروج از خدمت یا انتقال یا تغییر صندوق: ماهه ۱۱ قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۷۵/۲/۱۲			
۲۲- مشخصات حکم خروج از خدمت - انتقال یا تغییر صندوق: مورخ			۲۳- مجوز استرداد یا انتقال کسور: ماهه واحد قانون نقل و انتقال حق بیمه و بازنشستگی مصوب ۶۵/۳/۲۷			
۲۴- درخواست استرداد یا انتقال مستخدم شماره: تاریخ						
۲۵- محل واریز: حساب شماره: ۸۱۵.۴ بانک: شعبه استان: شهرستان: شماره شب: IR710130100000000000081504						

۲۶- مدت انفصل موقت یا مرخصی بدون حقوق

شماره و تاریخ صدر حکم	مدت			تا تاریخ	از تاریخ	ج.م.	شماره و تاریخ صدر حکم	مدت			تا تاریخ	از تاریخ	ج.م.
	سال	ماه	روز					سال	ماه	روز			

۲۷- خلاصه کسور بازنشستگی و مدت مربوطه

جمع کل (به ریال)	جمع کسور گذشته (به ریال)	جمع کسور بازنشستگی جاری (به ریال)	جمع مدت خدمتی که بابت آن کسور استرداد یا انتقال می گردد
کسور بدھی	حق بیمه	حق بیمه	کاوه نوحی

۲۹- شماره و تاریخ صدور:
تاریخ:
کاوه نوحی
مدیر توسعه و سرمایه انسانی دانشگاه
عنوان پست سازمانی:
۳۰- رسیدگی و تائید پرداخت توسط سازمان بازنشستگی کشوری

شماره انتقال:			شماره استرداد:
اداره کل امور مالی			استرداد انتقال مبلغ (بحروف)
ریال بشرح فوق مورد تائید می باشد.			نام و نام خانوادگی مقام مسئول:
عنوان پست سازمانی:			عنوان پست سازمانی:
۳۱- چک شماره: اداره کل امور مالی			۳۱- شماره انتقال:
در وجه حساب شماره صادر شد.			۳۲- شماره و تاریخ ورود:
شماره: ۳۲- شماره و تاریخ صدور:			شماره: آدرس دستگاه:
شماره: تاریخ:			شماره: آدرس دستگاه:
شماره همراه ذینفع:			