

فرم عدم استفاده از بیمه تکمیلی درمان

اینجانب آقای/خانم که در تاریخ بازنشسته شده ام

بدینوسیله عدم تمایل خود را به استفاده از بیمه تکمیلی درمان اعلام

مینمایم.

نام و نام خانوادگی

امضاء