

بسمه تعالی



صندوق تعاون ورفاه
سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

شماره: ۱۳۹۹/۸۰۰/۱۱۲.....

تاریخ: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵.....

پیوست: دارد.....

ریاست محترم سازمان نظام پزشکی ...

با سلام

احتراماً پیرو نامه شماره ۱۳۹۹/۸۰۰/۱۰۳ مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۰۸ به پیوست فرم ثبت نام و جدول تعهدات بیمه درمان تکمیلی بهمن ۹۹ جهت اطلاع و استحضار اعضای محترم به حضورتان ایفاد می گردد .

علی شاکری
معاون رفاهی و اجتماعی
صندوق تعاون ورفاه