



شماره :

تاریخ :

پیوست :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

شبکه بهداشت و درمان شهرستان بوانات

ذی‌حسابی محترم

اینجانب آقای / خانم فرزند کارمند
..... از واحد متقاضی عضویت در صندوق ثارالله
شبکه می باشم . لذا کسر مبلغ عضویت ماهانه از حقوق اینجانب و واریز به حساب
صندوق قرض الحسنه شبکه بلا مانع می باشد .

عضویت نوع اول : ۵۰۰،۰۰۰ (پانصد هزار) ریال

عضویت نوع دوم : ۷۰۰،۰۰۰ (هفتصد هزار) ریال

امضاء متقاضی :

تاریخ :

خواهشمند است در عضویت اول اینجانب مبلغ ۵،۰۰۰،۰۰۰ ریال جهت افزایش
موجودی کسر گردد .

امضاء :

تاریخ :