



شماره: _ شماره _
تاریخ: _ تاریخ _
پیوست: _ پیوست _

اینجانب فرزند دارای کد ملی به شماره متقاضی انتقال از به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان با اذعان کامل به مفاد ماده ۱۰۰ آئین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی متعهد می شوم که در صورت تغییر صندوق بازنشستگی ما به التفاوت مورد ادعای هر یک از صندوق های انتخاب شده بابت سهم کارمند و کارفرما به عهده اینجانب می باشد .

ماده ۱۰۰ «کارمندان انتقالی به مؤسسه باید از تاریخ انتقال ، مشمول یکی از صندوق های بازنشستگی تامین اجتماعی یا بازنشستگی کشوری قرار گیرند. در صورت تغییر صندوق مابه التفاوت مورد ادعای هر یک از صندوق های انتخاب شده بابت سهم کارمند و کارفرما به عهده ذینفع می باشد . در غیر اینصورت انتقال فرد متقاضی به مؤسسه مقدر نخواهد بود . »

اثر انگشت

امضاء

نام و نام خانوادگی