



فرم شماره ۳-

مشخصات وراث قانونی مشمول دریافت حقوق وظیفه

نام دستگاه-کد دستگاه	شماره مستخدم	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره دفتر کل

اسامی وراث واجد شرایط

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد روز/ماه/سال	نسبت		جنسیت	دانشجو	تقدیم (ع)	نماینده بیمه تکمیلی		مشخصات حساب بانکی و بانک پرداخت کننده				
								مرد	زن				دارد	ندارد	شماره حساب	بانک	شعبه	کد شعبه	
۱																			
۲																			
۳																			
۴																			
۵																			
۶																			
۷																			
۸																			

مسئولیت صحت موارد فوق کلاً بر عهده امضاء کنندگان ذیل می باشد.

تأیید کنندگان:

۱- نام و نام خانوادگی مدیر کل امور اداری/عناوین مشابه دستگاه اجرایی :

عنوان پست سازمانی : امضاء

۲- نام و نام خانوادگی مدیر کل امور مالی/ذیحساب دستگاه اجرایی :

عنوان پست سازمانی : امضاء

شماره دفتر اندیکاتور دستگاه :

تاریخ صدور:

برقراری حقوق وظیفه وراثت

تاریخ فوت	
شهرستان	سهم حقوق وظیفه

--