

بسمه تعالی

تاریخ:.....

اینجانب خانم / آقا..... به کد ملی..... تقاضای عودت مازاد وجه پرداختی خود در خصوص

خدمات بیمه تکمیل درمان ایران نسبت به کد پیگیری رسید به شماره..... مورخ..... را دارم لذا وجه

اختصاصی به اینجانب را به شماره کارت..... به نام

..... متعلق به بانک..... واریز نمائید، ودراین خصوص هیچگونه ادعاو اعتراضی ندارم

امضاء و اثر انگشت متقاضی و مهردفتر پیشخوان

افراد تحت تکفل :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت	شماره شناسنامه
۱				
۲				
۳				

نظرستاد:

نظر واحد مالی :

تاریخ واریز:

کد پیگیری واریز:

کاربر: