**وکالتنامه** 

شرکت سهامی آب منطقه ای سیستان و بلوچستان

با سلام

احتراما ، اینجانب آقای /خانم فرزند دارای شماره شناسنامه

تاریخ تولد کد ملی شماره مستمری صادره از

بازنشسته سازمان نشانی منزل

تلفن منزل تلفن همراه

شماره حساب :

شماره شبا :

با عنایت به قرارداد منعقده بیمه تکمیلی درمان فی ما بین شرکت آب منطقه ای و شرکت بیمه آتیه سازان حافظ در کمال صحت و سلامت جسم و روان، شرکت آب منطقه ای را وکیل خود قرار می دهم تا نسبت به اعلام به سازمان بازنشستگی به منظورکسر اقساط از حقوق و مزایای اینجانب و واریز به حساب آب منطقه ای سیستان و بلوچستان به منظور پرداخت حق بیمه مربوط به قرارداد منعقده با شرکت بیمه گر برای اینجانب و افراد تحت تکفل ذیل، بر اساس مبلغ مندرج در قرارداد از تاریخ 01/05/1403 تا تسویه کامل مبالغ اعلامی، اقدام نمایند و بدین وسیله حق هر گونه ادعا و اعتراض آتی در این خصوص را از خود سلب می نمایم.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره تماس** | **شماره شناسنامه** | **شماره ملی** | **تاریخ تولد**  **(روز، ماه، سال)** | **نام پدر** | **نسبت با بیمه شده**  **(سرپرست،همسر،فرزند)** | **نام و نام خانوادگی** |
|  |  |  |  |  |  |  |

امضا و اثر انگشت مستمری بگیر

تاریخ