



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی کاشان
معاونت آموزشی دانشگاه

بسمه تعالی

گواهی کسر از حقوق

سرپرستی استان اصفهان موسسه قرص المسنه بسیجیان

ریاست ممتزم شعبه

باسلام واحترام

بدینوسیله به استحضار می رساند که آقای / خانم
فرزند..... به شماره شناسنامه متولد دارای
کد پرسنلی بصورت رسمی / پیمانی در این دانشگاه مشغول
بکار بوده و حقوق و مزایای ثابت ماهیانه وی پس از کلیه کسورات مبلغ
می باشد.

شایان ذکر است نامبرده هیچگونه منعی جهت بازپرداخت یک فقره تسهیلات
..... ریالی را نداشته و چنانچه دریافت کننده تسهیلات از پرداخت اقساط ماهیانه خود
به هردلیلی امتناع نماید و به صرف اعلام موسسه این سازمان رقم اعلامی را مطابق میزان
اقساط موجود بطور ماهیانه از حقوق و مزایای مشارالیه کسر و راساً " به حساب اعلامی
موصوف از طرف موسسه قرص الحسنه بسیجیان (موسسه مالی و اعتباری مهرداداری
موافقت اصولی از بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران بشماره ۲۸۰/ه) واریز
می نماید. ضمناً " تسویه حساب با مشارالیه منوط به ارائه تسویه حساب از آن موسسه
می باشد مراتب جهت بهره برداری لازم بحضورتان ایفاد می گردد.

مهر و امضاء مسئول امور مالی

مهر و امضاء کارگزینی

آدرس : کاشان - بلوار قطب (اوندی) - دانشگاه علوم پزشکی کاشان - معاونت آموزشی - کد پستی: ۸۱۱۵۱ - ۸۷۱۵۹

تلفن: ۰۳۶۱ - ۵۵۷۸۰۱۰ دورنگار: ۰۳۶۱ - ۵۵۷۸۰۱۱

E-mail : education@kaums.ac.ir

website: <http://edu.kaums.ac.ir>