

## فرم درخواست صدور حکم برقراری حقوق بازنشستگان مشترک سازمان تامین اجتماعی

**بازنشسته محترم :**

با سلام و آرزوی سلامتی برای جنابعالی و خانواده گرامیتان، خواهشمند است نسبت به تکمیل فرم اطلاعات ذیل اقدام و آن را به اداره بازنشستگی تحویل فرمائید.

### مشخصات بازنشسته:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره مستخدم:
کدملی:	شماره شناسنامه:	شماره سریال شناسنامه:	
محل صدور:	تاریخ تولد:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	
آخرین مدرک تحصیلی:	رشته تحصیلی:	تاریخ اخذ مدرک:	
وضعیت ایثارگری:	<input type="checkbox"/> رزمنده <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> خانواده شهید <input type="checkbox"/>	نوع دفترچه درمان: سازمان تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/>	
رسته شغلی:	آخرین پست سازمانی:	پایه / مرتبه علمی:	
تاریخ بازنشستگی:			
کدپستی:	شماره تلفن ثابت و کد شهرستان:	شماره تلفن همراه:	
ایمیل:			
آدرس محل سکونت:			

### سوابق خدمت:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	محل خدمت (اداره/سازمان/شرکت/کارگاه)	نام صندوق بازنشستگی (سازمان تامین اجتماعی/کشوری / نیروهای مسلح)

### سابقه سربازی

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	مدت خدمت	محل خدمت
۱				

تاریخ و امضاء بازنشسته