

کد پذیرش:



فرم تفاهم نامه تعهد پرداخت بیمه بازنشستگی
موسسه خیریه نورالزهرا (س)

تاریخ پذیرش:

به نام خداوند متعال

معرف:

مشخصات بیمه گذار:

اینجانب خانم / آقا----- فرزند ----- به کد ملی ----- شماره تماس -----

با پذیرش شروط بیمه بازنشستگی تامین اجتماعی در سال ۱۴۰۴ که توسط سازمان بیمه تامین اجتماعی تعیین گردیده است در صحت

و سلامت کامل عقلی متعهد می شوم ماهیانه مبلغ ----- ریال به سامانه تامین اجتماعی پرداخت نمایم . در

قبال. (بیمه -- درصد)

طبق توافق و عقد تفاهم نامه فی ما بین طرفین به ازاء هر ماه مبلغ ----- ریال سهم موسسه نورالزهرا و مبلغ

----- ریال سهم بیمه گذار می باشد .

تفاهم نامه فی مابین به مدت یکسال با توجه عملکرد بیمه گذار به قوت خود باقی می ماند و پس از آن تصمیم گیری مجدد

اعمال خواهد شد.

بیمه گذار :

موسسه خیریه نورالزهرا (س):