



فرم شماره ۱-۲ آموزشی

اینجانب دانشجوی دوره دکتری پژوهشکده به شماره
دانشجویی عدم تمایل خود را برای استفاده از
_ بیمه خدمات درمانی
_ بیمه تکمیلی
که پژوهشگاه برای دانشجویان در نظر گرفته است، اعلام می دارم.
پژوهشگاه در قبال مسائل درمانی اینجانب و افراد تحت تکفلم مسئولیتی ندارد.

تاریخ :

امضا:

شماره ورود به معاونت پژوهشی:
تاریخ: