



دانشکده علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

**معاونت توسعه مدیریت و منابع  
امور پشتیبانی و خدمات رفاهی**

**مدیریت محترم امور پشتیبانی و خدمات رفاهی دانشکده**

**موضوع: درخواست اسکان**

**باسلام و احترام:**

اینجانب ..... کارمند شاغل در ..... با کد ملی ..... و شماره تماس همراه ..... و ثابت ..... به مدت ..... از تاریخ ..... لغایت ..... به تعداد ..... نفر شامل افراد مندرج در جدول ذیل، متقاضی اسکان در سوئیت ۶ تخته واقع در رودبارک مازندران کلاردشت می باشم. خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم در این زمینه بعمل آورند.

امضا متقاضی

ردیف	نام و نام خانوادگی همراهم	نسبت با اینجانب	شماره ملی

متقاضی لازم است همزمان با تکمیل این فرم مبلغ ۷۰۰/۰۰۰ ریال بابت هر شب اسکان سوئیت به شماره حساب ۲۱۷۸۰۶۵۷۶۸۰۰۵ و شناسه شماره ۱۲۱۰۰۰۰۱۵۳۱۰۰۹۲ به نام تمرکز درآمد دانشکده علوم پزشکی اسداباد نزد بانک ملی واریز و رسید آن را امور پشتیبانی و رفاهی دانشکده تحویل نماید.

حداکثر مدت اسکان ۳ شب

آدرس: استان مازندران - کلاردشت - رودبارک - مجتمع باغ چمن شماره تماس ۰۱۱۵۲۶۴۳۱۵۹-۶۰

این قسمت توسط امور پشتیبانی و رفاهی تکمیل می گردد.

مدیریت محترم مجتمع باغ چمن

موضوع: معرفی جهت اسکان

با سلام و احترام

ضمن تأیید مراتب فوق بدینوسیله آقای/خانم ..... و همراهم به تعداد ..... نفر به حضور معرفی می گردد. لذا مقتضی است دستور فرمائید نسبت به اسکان نامبردگان با شرایط فوق در سوئیت شش تخته اقدام لازم بعمل آورند. ضمناً در صورت عدم اسکان، مراتب در اولین فرصت جهت جایگزینی فرد دیگر به شماره تلفن ۰۸۱۳۳۱۱۷۴۵۱ (امور پشتیبانی و خدمات رفاهی) اعلام گردد.

دکتر منصور حیدری

سرپرست معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشکده

