

## فرم درخواست ابطال دفترچه خدمات درمانی

اداره رفاه و تعاون دانشگاه شهید بهشتی

احتراماً اینجانب(خانم/ آقای) ..... متقاضی ابطال

دفترچه خدمات درمانی (خانم/ آقای)..... نسبت با سرپرست .....

با کد بیمه ..... به علت ..... می باشم ، خواهشمند

است اقدام مقتضی صورت پذیرد.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ و امضاء :