



صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

شماره:

تاریخ:

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

تأییدیه ابلاغ رأی کمیسیون بدوی پزشکی به بیمه شده

صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

اینجانب بیمه شده به شماره نزد کارگزاری
صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر بدینوسیله اعلام میدارم رأی کمیسیون بدوی پزشکی در تاریخ
به اینجانب ابلاغ گردید . ۹/۵/۰۹

نام و نام خانوادگی:

امضاء یا اثر انگشت:

تذکر: ۱- رأی کمیسیون های بدوی پزشکی توسط منشی کمیسیون به بیمه شده حاضر در جلسه ابلاغ خواهد شد و در صورت عدم حضور بیمه شده در کمیسیون پزشکی کارگزاری مربوطه صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر موظف است رأی را رأساً به بیمه شده ابلاغ نماید .

۲ - مهلت اعتراض به رأی کمیسیون بدوی پزشکی حداکثر ۳۰ روز پس از تاریخ ابلاغ رأی میباشد .

۳ - آراء کمیسیونهای بدوی که جهت ادامه درمان صادر شده باشد قابل اعتراض نخواهد بود .