

شماره:

تاریخ:

ریاست محترم شعبه .....

احتراماً، بدینوسیله اینجانب ..... همسر مرحوم ..... به شماره مستمري .....  
که پس از ازدواج با آقای ..... شاغل در ..... / مستمري بگير شماره  
..... ؛ مستمري و مزایای جانبی ماهانه ام برقرار نشده / قطع گردیده، با توجه به مفاد قانون حمایت خانواده  
و آئین نامه اجرائی آن متقاضی برقراری مستمري فوت آن مرحوم می باشم.

ضمناً متعهد می شوم در صورتی که به هر دلیل امکان بهره مندی و دریافت هر گونه خدمات، حمایتهای قانونی و مستمري دیگری  
از سازمان تأمین اجتماعی و یا از سایر صندوقهای بیمه و بازنشستگی برای اینجانب فراهم گردد، مراتب را بلافاصله و در اسرع  
وقت به سازمان تأمین اجتماعی اطلاع دهم.

**نام و نام خانوادگی**

**امضاء و اثر انگشت**

آدرس محل سکونت :

شماره تلفن همراه :

شماره تماس ثابت :

