

شماره:

تاریخ:

وکالت نامه

موکل	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد:	کد ملی:		
	آدرس و تلفن تماس:			

وکیل	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد:	کد ملی:		
	آدرس و تلفن تماس:			

مورد وکالت: مراجعه به شعب تامین اجتماعی به منظور دریافت کلیه مستمری و مزایای جانبی متعلق به موکل اعم از مطالبات متعلقه مربوطه قبلی، فعلی و آتی وی به نحوی که در هیچ مورد نیازی به حضور وی نباشد.

حدود اختیارات: وکیل در انجام مورد وکالت تام الاختیار بوده و حق توکیل به غیر ولو کرارا ندارد.

مدت وکالت: از تاریخ به مدت یکسال

محل امضاء مسئول مستمربها:

محل امضاء موکل:

تاریخ

تاریخ

مهر و امضاء واحد دبیرخانه

