

فرم اعتراض به رأی کمیسیون پزشکی بدوی

ریاست محترم شعبه

باسلام

بدینوسیله اینجانب : نام نام خانوادگی
بیمه شده شماره / متقاضی کفالت اعتراض خود را نسبت به رأی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ
..... اعلام و خواهشمند است دستور فرمائید با رعایت مقررات در مورد معرفی اینجانب به کمیسیون پزشکی
تجدید نظر اقدام نمایند.

ضمناً موضوع و علت اعتراض اینجانب عبارتست از :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

نام و امضاء یا اثر انگشت بیمه شده / متقاضی
کفالت
یا
وکیل قانونی

