



بسمه تعالی

کلیه واحدهای تابعه دانشگاه

با سلام و احترام؛

با عنایت به عقد قرارداد بیمه تکمیل درمان دانشگاه با شرکت بیمه معلم، زمان حضور نماینده محترم آن بیمه جهت اخذ مدارک درمانی پرسنل طبق جدول زیر اعلام می گردد. شایسته است دستور فرمایید به نحو مطلوب به پرسنل آن واحد اطلاع رسانی گردد.

ایام هفته	مکان	ساعت
شنبه	معاونت غذا و دارو	۱۱-۱۲
	ستاد مرکزی دانشگاه	۱۲-۱۴
یکشنبه	شبکه بهداشت و درمان آران و بیدگل	۱۲-۱۴
دوشنبه	پردیس دانشگاه	۱۲-۱۴
سه شنبه	معاونت درمان	۱۱-۱۲
	بیمارستان نقوی	۱۲-۱۳
	بیمارستان متینی	۱۳-۱۴
چهارشنبه	معاونت بهداشتی	۱۲-۱۴
پنج شنبه	بیمارستان شهید بهشتی	۱۱-۱۴

دکتر حسین نیکزاد
 معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت:

- رئیس محترم شرکت بیمه معلم شعبه کاشان جهت اقدام
- مدیران محترم حوزه ریاست و توسعه دانشگاه جهت استحضار

این نامه بدون مهر دبیرخانه فاقد اعتبار است