باسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
صندوق رفاه دانشجویان

شماره: .....
تاریخ: .....
پیوست: .....

صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت
مدیریت محترم امور درآمد

با سلام و احترام.

اینجانب فرزند شماره شناسنامه

متولد صادره از فارغ‌التحصیل رشته

مقطع سال از دانشگاه علوم‌پزشکی

جمعاً" مبلغ ریال بدهی وام‌دانشجویی داشته که

مبلغ ریال را بازپرداخت‌نموده‌ام و مبلغ ریال

اضافه واریزی دارم. خواهشمنداست، مبلغ پرداختی را به حساب اینجانب به

شماره و شماره شبای

نوع حساب بانک شعبه کدشعبه

شهرستان

واریز نمایید./م

تلفن:

نام و نام‌خانوادگی:

امضا:

آدرس:خیابان ولیعصر(عج)، بالاتر از خیابان آیت‌ا... طالقانی، نبش کوچه گیلان، پلاک۱۶۰۵ . وب‌سایت: www.srd.ir پست الکترونیکی: Info@ srd.ir
صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۱۳۱۳ تلفن دبیرخانه : ۸۸۹۴۶۹۱۸ دورنگار دبیرخانه مرکزی: ۸۸۹۴۰۴۰۶