

بسمه تعالی

فرم پرداخت وام به بازنشستگان و موظفین صندوق بازنشستگی کارکنان وزارت جهاد کشاورزی

شماره وام	سال

الف - مشخصات وام گیرنده

نام و نام خانوادگی مستمری بگیر: نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور: محل اقامت:

شماره پرستلی: تاریخ استخدام: نوع بازنشستگی: تاریخ برقراری حقوق: شماره اشتراک:

نام و نام خانوادگی وام گیرنده: نسبت وام گیرنده با مستمری بگیر:

۱- آیا وام گیرنده کل حقوق را دریافت می کند؟ بله خیر

۲- آیا بجز وام گیرنده اشخاص دیگری مشمول دریافت حقوق می باشند؟ بله خیر

نوع تضمین: ۱- سفته ۲- سفته و ضامن

تعهدات وام گیرنده:

وام گیرنده با امضای این برگ، ضمن اقرار به دریافت وام و قبول سایر شرایط آئین نامه وام صندوق نسبت به موارد زیر متعهد می گردد.

۱- اقساط وام دریافتی مربوطه همه ماهه از حقوق دریافتی فرد یا خانواده وام گیرنده توسط صندوق کسر می گردد.

۲- در صورتیکه به هر دلیل مستمری بگیر برگشت بکار نمود، استان محل خدمت مکلف است بدهی باقیمانده وام را به اقساط تعیین شده کسر و در وجه صندوق واریز نماید.

۳- در صورتیکه به هر علت وام گیرنده از پوشش صندوق خارج گردد رأساً ملزم به پرداخت اقساط وام تا تسویه کامل می باشد.

آدرس محل سکونت:

تلفن:

نام و امضاء وام گیرنده

ب - ضامن

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور:

نسبت ضامن با وام گیرنده: آدرس: منزل محل کار

تلفن: منزل محل کار

ضامن با امضای این برگ قبول تعهد نمود در صورتیکه اقساط این وام قرض الحسنه به هر دلیل به تعویق افتد به محض اعلام صندوق یا امور اداری نسبت به تائید کلیه بدهی قرض گیرنده اقدام نماید و در صورت عدم انجام تعهد فوق سازمان ذیربط مجاز خواهد بود بنا به درخواست صندوق بازنشستگی کارکنان وزارت جهاد کشاورزی رأساً اقساط را از حقوق ضامن پرداخت نماید.

نام و امضاء ضامن

د - تائید سازمان جهاد کشاورزی استان

۱- کلیه اطلاعات مندرج فوق مورد تائید اینجانب

مدیر امور اداری

می باشد.

امضاء

توجه : این قسمت توسط نمایندگی صندوق بازنشستگی در استان تکمیل می گردد.

مبلغ وام :	ریال	کارمزد	ریال
جمع کل بدهی وام:	ریال	ریال	ریال
مبلغ قسط اول:	ریال	ریال	ریال
ضمناً تعداد	فقره سفته به شماره های		
جمعاً به مبلغ	ریال بابت تضمین وام توسط وام گیرنده به اینجانب		
جهت ارائه به امور مالی صندوق بازنشستگی کارکنان وزارت جهادکشاورزی تحویل شد.			
امضاء مسئول نمایندگی صندوق			

توجه : این قسمت توسط صندوق بازنشستگی تکمیل می گردد.

تائید مدیریت امور بازنشستگان و موظفین صندوق			
صحت اطلاعات مندرج در بند الف و کسر اقساط وام از حقوق مستمری با توجه به میزان مستمری ماهانه و کسور آن و وضعیت گیرنده وام امکانپذیر اعلام می گردد.			
نام و امضاء			
با توجه به اخذ مدارک فوق و محاسبه انجام شده با پرداخت مبلغ		ریال وام و با احتساب کارمزد مربوطه و	
بازپرداخت		ماهه موافقت می گردد.	
اداره وام	مدیر امور مالی	مدیر عامل صندوق	
مبلغ:	ریال در تاریخ:	طی چک / حواله شماره/نقداً	
در وجه برادر/ خواهر	پرداخت گردید.	دریافت کننده	
صدور چک		دریافت کننده	
اطلاعات فوق در تاریخ:		به سیستم رایانه ای اداره وام منتقل گردید.	
نام و امضاء کاربر			