سازمان تامین اجتماعی

فرم نمونه شماره ۱۲

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