

**فرم سنوات**

**به : مدیر عامل محترم شرکت سلامت گلستان**

**موضوع : درخواست سنوات**

با سلام و احترام

بدیوسیله اینجانب .................................... از پرسنل شاغل در ........................... شهرستان ..................... تقاضای دریافت مبلغ ............................ ریال را از محل سنوات خود دارم .

(این فرم در روز ..................... مورخه ............................تکمیل شد.)

شماره موبایل:

شماره حساب:

امضاء: