

## فرم تقاضای ساب کارت و رضایت نامه کسر از حقوق

### • اطلاعات هویتی متقاضی ساب کارت

اینجانب با نام و نام خانوادگی ..... کد ملی ..... فرزند ..... شماره شناسنامه ..... شاغل در شرکت ..... به شماره همراه ..... آدرس .....

درکمال سلامت و صحت و اختیار ، با توجه به توافق انجام شده شرکت محل اشتغال اینجانب به نام ..... و شرکت خدماتی ، پشتیبانی و رفاهی ساب خوزستان ، تقاضای صدور ساب کارت به نام اینجانب با مشخصات فوق و استفاده از تسهیلات خرید اعتباری ، امتیازی و اقساطی با اعتبار قابل شارژ تا سقف سالیانه و ماهیانه اعلام شده از سوی امور مالی شرکت خود را دارم. ضمناً به رعایت ضوابط و شرایط اعلام شده تعهد می نمایم و به نماینده شرکت محل اشتغال وکالت تام الاختیار می دهم تا تمامی بدهی های ناشی از خرید های اعتباری یا جرائم دیر کرد پرداخت بدهی های ساب کارت خود (روزانه ۰.۲٪) را طبق تأیید امور مالی بصورت ماهیانه یا دوره ای تا تسویه کامل از حقوق و مطالباتم کسر نماید و به حساب شرکت ساب خوزستان واریز شود. همچنین تعهد می نمایم شرکت محل اشتغال هیچگونه مسئولیتی در خصوص انتخاب اجناس یا خدمات مورد نیاز بنده ندارد و مسئولیت قیمت و تعداد اقساط با اینجانب است و پس از تأیید اعتبار و انجام فرآیند کسر از حقوق ، حق هر گونه انصراف ، اعتراض و یا نارضایتی و ادعائی را از خود سلب می نمایم.

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ :

نام و نام خانوادگی متقاضی :

## فرم تأیید دریافت ساب کارت و قبول شرایط

۱. بدینوسیله با امضاء این فرم گواهی می نمایم کارت شماره .....-.....-..... به نام اینجانب ..... بصورت صحیح و سالم در تاریخ ..... را دریافت نمودم.
۲. امضاء این فرم توسط اینجانب ، به معنی تأیید محتوی و مبلغ ، شامل مبالغ اعتبارسالیانه ، ماهیانه ، پیش پرداخت ، بن و شارژ حق الزحمه رفاهی ، جهت پرداخت مبلغ و تعداد اقساطی است که خودم با مراکز فروشگاهی طرف قرارداد ساب کارت توافق نمودم می باشد.
۳. بدینوسیله رضایت خود ، مبنی بر اعطای وکالت تام الاختیار از سوی اینجانب به نماینده شرکت محل اشتغال خود به نام ..... را در کسر از حقوق و پرداخت اقساط اعلام می نمایم .
۴. همچنین تأیید می نمایم در صورت استفاده از ساب کارت مبلغ ۵۰,۰۰۰ ریال از اولین قسط به عنوان هزینه صدور کارت به مبلغ خرید ماه اول اضافه شده و از حقوق بنده کسر گردد.
۵. همچنین در صورت عقد قرارداد بیمه عمر مانده دهکار ، هزینه بیمه بصورت کسر از حقوق بنده پرداخت گردد.

نام و نام خانوادگی نماینده شرکت :

تاریخ :

امضاء:

نام و نام خانوادگی متقاضی :

تاریخ :

امضاء: