

سفارت جمهوری اسلامی ایران - برن

درخواستنامه تأیید مدارک پزشکی دانشجویان بورسیه

اینجانب با مشخصات زیر درخواست تأیید مدارک پزشکی خود را دارم

مشخصات درخواست کننده (طبق شناسنامه ایرانی)

| | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------|
| نام | نام خانوادگی | نام خانوادگی سابق |
| شماره شناسنامه | شماره ملی | شهر و کشور محل تولد |
| تاریخ تولد به شمسی (روز/ماه/سال) | شهرستان محل صدور شناسنامه | نام پدر |

مشخصات با حروف لاتین (طبق مدرک اجازه اقامت در

| | | |
|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| نام بیولوژی (لاتین) | نام خانوادگی با حروف لاتین | نام پدر با حروف لاتین |
|---------------------|----------------------------|-----------------------|

مشخصات گذرنامه و وضعیت اقامت

| | | | |
|---|------------------------------------|---------------------|--|
| شماره گذرنامه | تاریخ صدور به شمسی (روز/ماه/سال) | محل صدور | آخرین تاریخ اعتبار به شمسی (روز/ماه/سال) |
| نوع خروج <input type="checkbox"/> مجاز <input type="checkbox"/> غیر مجاز | شماره مهر اقامت یا ویزا در گذرنامه | شماره شخصی Personnr | مدت اقامت در سوئیس / خارج از کشور |

بیماری و هزینه درمان به فرانک سوئیس

| | | | | |
|------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| نوع بیماری | مبلغ قابل پرداخت توسط شرکت بیمه | مبلغ قابل پرداخت توسط شخص بیمار | مبلغی که پرداخت شده است | مبلغی که پرداخت نشده است |
|------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|

نشانی و تلفن دانشجوی و بستگان در ایران

| | | |
|--------------------------|--|---|
| نشانی الکترونیکی دانشجوی | شماره تلفن ثابت یکی از بستگان در ایران | شماره تلفن همراه یکی از بستگان در ایران |
|--------------------------|--|---|

نشانی و تلفن دانشجوی در سوئیس

| | | |
|-----------------|------------------|------------|
| شماره تلفن ثابت | شماره تلفن همراه | نشانی مسکن |
|-----------------|------------------|------------|

امضاء درخواست کننده

| | | |
|----------------------------------|-------|-------|
| نام و نام خانوادگی درخواست کننده | تاریخ | امضاء |
|----------------------------------|-------|-------|