



ضمن آرزوی سلامتی به اطلاع کلیه همکاران محترم دانشگاه می‌رساند، با توجه به ضرورت سنجش عملکرد بیمه تکمیلی درمان و تصمیم‌گیری جهت بالابردن سطح کیفی خدمات رسانی بیمه تکمیلی در سال آتی خواهشمند است به منظور بهبود هر چه بهتر امور و اعلام نظرات خود با تکمیل فرم نظر سنجی در لینک ذیل حداکثر تا تاریخ ۹۹/۱۰/۱۵ این مدیریت را جهت پیشبرد خدمات ارائه شده بهتر همراهی فرمایید.

