



صندوق دندانیز شکی



شرایط لازم برای دریافت کمک هزینه

- شما باید عضو کامل بخش 15 باشید و ماهیانه حق عضویت را پرداخت کنید.
- باید به عنوان عضو جدید حداقل یک پرداختی به IF Metall داشته باشید.
- شما باید اصل رسید و شرح معالجه را ارائه کنید. شما باید مدارک را با نامه بفرستید، نه از طریق ایمیل و نه از طریق الکترونیکی دیگر.
- معالجه باید توسط دندانپزشک و یا بهداشتیار دندان در سوئد انجام شده باشد.

صندوق دندانپزشکی مشمول اعضای بازنشسته نمی شود.

مواردی که میتوان برای آنها کمک هزینه دریافت کرد

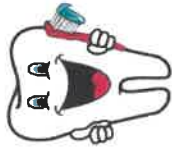


- معالجاتی که توسط دندانپزشک / بهداشتیار دندان در سوند انجام می شود.
- مانند: معاینات اساسی، جرم گیری دندان، پر کردن پوسیدگی، عکسبرداری از دندانها.
- معالجاتی که حداکثر 12 ماه پیش انجام شده است.



برای این موارد کمک هزینه دریافت نمی کنید

- پرداخت اجتناب می کند با "بدون دریافت خرید"
- وسایل بهداشت دندان مانند مسواک، خمیر دندان، قرصهای فلور، دهانشویه،
خلال دندان و غیره.
- محافظ دندان در خواب، سیم دندان، سفید کننده دندان، زیور آلات دندان و غیره
- رسید دندانپزشکی اعضای خانواده.



قرار داد کمک هزینه دندانپزشکی

برای دریافت کمک هزینه برای قرار داد کمک هزینه دندانپزشکی باید رونوشت قرار داد کمک هزینه دندانپزشکی و تراکش بانکی مربوط به پرداخت های انجام شده را بفرستید

بازپرداخت این هزینه های دو بار در سال

انجام می شود.

اولین بازپرداخت برای ماه های ژانویه تا ژوئن و بازپرداخت بعدی برای ماه های جولای تا دسامبر انجام می شوند. به شرط این

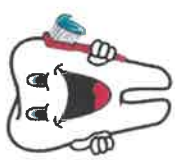
که قرار داد کمک هزینه دندانپزشکی و رسید پرداختی را فرستاده باشید .

Frisktvårdsvtal

Avtalsnummer:
Avtalsparter:
Folk tandvården
Organisationsnummer:

Avtalsperiod: 2019-05-21 - 2022-05-20
Avgiftsklass: 5
Pris: kr för hela avtalsperioden
Valt betal sätt: Kontant

Vad som ingår i frisktvårdsvtalet framgår av de bifogade avtalsvillkoren.



بازپر داخت

اگر در سوئد بانک حساب دارید لازم نیست کاری انجام دهید. در صورتی که در بانک دیگری حساب دارید باید آنرا به سوئدبانک اعلام کنید:

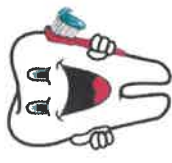
www.swedbank.se/kontoregister

در صورتی که حساب خود را اعلام نکرده باشید چک بازپر داخت به شما فرستاده خواهد شد، که در این صورت به سوئد بانک بروید و از آنها برای انتقال پول کمک بگیرید. برای بازپر داخت های احتمالی در آینده از این فرصت استفاده کنید و حساب خود را اعلام کنید.



رسید باید همراه با فرم درخواست کمک هزینه که در
آدرس زیر پیدا می کنید فرستاده شود:

<https://www.ifmetall.se/om-oss/vara-avdelningar/stockholms-lan/tandfonden>



درخواست

Application form for compensation from Dental Fund from 01/01/2020

Name: _____ Surname: _____

Address: _____ Post code: _____ Town: _____

Mobile number: _____

Membership number/Personal identity number: _____

If you have an account at Swedbank, you don't need to do anything.
If you have an account with another bank, please register this to Swedbank via:
www.swedbank.se/kontoregister

The compensation will be transferred directly to your account.

Receipts should be sent to: IF Metall Stockholm County,
Att: Tandfonden
BOX 90202
120 23 STOCKHOLM

Please attach the original receipt below:  If it is a large receipt, staple this page together and enclose your large receipt behind this page.

رسید باید به آدرس زیر فرستاده و یا ارائه شود:

استان استکهلم

IF Metall Stockholms Län

به آدرس: صندوق دندانپزشکی

Box 90202

120 23 Stockholm

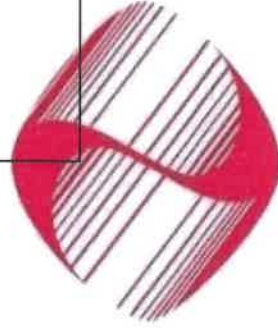
آدرس دیداری:

Glasfibergatan 10

125 45 Älvsjö

در صورتی که سوالی دارید با شماره زیر تماس بگیرید:

08-534 816 00



IFMETALL