

فرم مشخصات پرسنل و افراد تحت تکفلشان جهت بیمه تکمیلی درمان کارکنان شاغل و بازنشسته ایثارگر

الف - مشخصات نفر اصلی

نام:..... نام خانوادگی:..... نام پدر:..... تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه:..... کد ملی:..... نوع بیمه اولیه(خدمات درمانی/تامین اجتماعی):..... شماره دفترچه بیمه:..... شماره تلفن همراه:..... نوع استخدام(رسمی/پیمانی/قراردادی/قانون کار/طرحی/بازنشسته):..... نوع ایثارگری:..... درصد جانبازی:.....

ب - مشخصات افراد تحت تکفل:

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد			نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	شماره دفترچه بیمه	نسبت
			روز	ماه	سال					
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										

صحت موارد فوق مورد تایید اینجانب می باشد . نام و نام خانوادگی کارمند

امضاء

نام و نام خانوادگی مسول مرکز

مهر و امضاء