

فرم ثبت نام ویژه غرغه سازان و کلیه فعالین صنعت نمایشگاهی

جهت بیمه درمان تکمیلی سال ۹۹

مشخصات فرد سرپرست: (لطفا کلیه اطلاعات خوانا، بدون خط خوردگی، صحیح درج گردد).

نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی (۱۰ رقم)	ش. شناسنامه	م. صدور	تاریخ تولد	تلفن همراه
شماره شبای حساب مورد نظر جهت واریز خسارت		IR _____ (۲۴ رقم)					
نام شرکت / نام کارگاه:		کد بیمه تامین اجتماعی:					

مشخصات افراد تحت تکفل: (لطفا کلیه اطلاعات کامل، خوانا و بدون خط خوردگی درج گردد).

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	ش. شناسنامه	م. صدور	تاریخ تولد	جنسیت	نسبت
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

★ توجه بفرمایید: تصویر صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی فرد سرپرست و کپی کارت شناسایی کلیه افراد مورد درخواست بیمه به انضمام فیش پرداخت حق بیمه پیوست فرم گردد!

کلیه مندرجات این فرم توسط اینجانب در تاریخ تکمیل و مورد تأیید می باشد.

امضاء

این قسمت توسط انجمن تکمیل گردد:

بدین وسیله اعلام میگردد فرد سرپرست، آقای با مشخصات اعلامی فوق مورد تأیید این انجمن میباشد.

مهر و تایید

انجمن

تلفن: ۲۲۰۵۷۰۴۹

۲۲۰۵۸۱۶۰

فکس: ۲۲۰۳۵۸۵۴

مجری طرح شرکت کارگزاری رسمی بیمه کد ۱۰۴۲