

فرم ثبت نام ویژه غرغه سازان و کلیه فعالین صنعت نمایشگاهی

جهت بیمه درمان تکمیلی سال ۱۴۰۲

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
<b>شماره شبای</b> 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: پس از تکمیل فرم، تصویر لیست آخر بیمه تامین اجتماعی شرکت فرد سرپرست، مهر شده و کپی کارت شناسایی کلیه افراد مورد درخواست بیمه به انضمام فیش پرداخت حق بیمه به شماره ۰۹۳۵۶۲۴۸۸۲۵ واتسآپ 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

مجری طرح شرکت کارگزاری رسمی بیمه کد ۱۰۴۲

فکس: ۲۲۰۳۵۸۵۴