

فرم مشخصات پرسنل و افراد تحت تکفلان جهت بیمه تکمیلی درمان کارکنان شاغل و بازنشسته ایثارگو

الف - مشخصات نفر: کد ملی: شماره شناسنامه: / شماره شناسنامه: / تاریخ تولد: نام پدین: نام خانوادگی: نام: مشخصات نفر: ملی

اولیه (خدمات درمانی نامین اجتماعی): شماره دفترچه بیمه: شماره تلفن همراه: نوع استخدام (رسمی / غیر اداری / قانون کار/ طرحی / بازنشسته): نوع ایثارگری: در عهد جوانی: نام: اولیه (خدمات درمانی نامین اجتماعی): شماره دفترچه بیمه: شماره تلفن همراه: نوع استخدام (رسمی / غیر اداری / قانون کار/ طرحی / بازنشسته): نوع ایثارگری: در عهد جوانی:

ب - مشخصات افراد تحت تکفل:

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

مهر و امضاء: نام و نام خانوادگی: مسئول مرکز: نام و نام خانوادگی: کارمند: نام و نام خانوادگی: اینجاب می باشد. نام و نام خانوادگی: کارمند: مشخصه میزاد حقوق مورد تقابله اینجاب می باشد.