

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: شماره حساب بانک صادرات: شماره شبا بانک صادرات: محل پست سازمانی:

ب - مشخصات افراد تحت تکفل:

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

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

امضاء

نام و نام خانوادگی مسول مرکز

مهر و امضاء