

فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان

۱۳۹۹

برای افراد با مشخصات ذیل می باشم.

متقاضی استفاده از خدمات درمان تکمیلی طرح

با عضویت

دارای کد پرسنلی

اینجانب

بانک

لازم به ذکر است مدیریت مالی دانشگاه مجاز به کسر قسط به صورت ماهانه بابت افراد ذیل از حقوق اینجانب بوده و شماره حساب (IR) جهت واریز خسارت معزفی می گردد.  
(شماره شبا)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	وضعیت تأهل	بیمه پایه	وضعیت
۱			۱۳ / /					
۲			۱۳ / /					
۳			۱۳ / /					
۴			۱۳ / /					
۵			۱۳ / /					
۶			۱۳ / /					
۷			۱۳ / /					
۸			۱۳ / /					
۹			۱۳ / /					
۱۰			۱۳ / /					

نام و نام خانوادگی

شماره تماس ثابت:

تاریخ/ امضاء

شماره همراه:

مشاور امور بیمه ای دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

نام و نام خانوادگی ثبت نام کننده

تاریخ/ امضاء

تاریخ/ امضاء