

فرم ثبت نام درمان تکمیلی

اعضاء انجمن صنفی انبوه سازان مسکن و ساختمان استان فارس

اینجانب **فرزند** **با کد ملی** **ضمن مطالعه و اطلاع کامل از شرایط قرارداد**
درمان تکمیلی تقاضای ثبت نام خود و اعضاء خانواده را به شرح زیر از ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۰۱ الی ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۳۱ اعلام مینمایم .

نسبت / نوع تکفل همسر، فرزند، پدر یا مادر / تحت تکفل یا غیر تحت تکفل	نام پدر	تاریخ تولد			کد ملی	نام و نام خانوادگی	
		سال	ماه	روز			
							سرپرست
							سایر افراد خانواده

اطلاعات حساب	نام بانک	شماره حساب	شماره شبا
سرپرست			

شماره متصل به واتس آپ : نشانی :

تلفن همراه جهت ارسال پیامک و تماس ضروری :

امضاء و اثر انگشت

این قسمت توسط واحد ثبت نام تکمیل میگردد

مدارک مورد نیاز ثبت نام :

- ۱- تصویر کارت ملی بیمه شدگان ۲- تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه شدگان ۳- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه پایه بیمه شدگان

نواقص مدارک :

تاریخ و امضاء :

کارشناس ثبت نام :