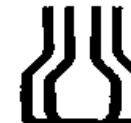




بیمه ایران

فرم درخواست بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاپور اهواز
افراد واجد شرایط عبارتند از: کارمند-همسر-فرزندان و پدر و مادر تحت تکفل پدر ، مادر، همسر و فرزند غیر تحت تکفل



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی جندی شاپور اهواز

طرح الف

حق بیمه ۸۴۸۰۰ ریال

شماره حساب:

محل اشتغال:

نوع استخدام:

محل ردیف استخدامی:

نام واحد:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت	جنسیت	کد ملی	شماره دفترچه	بیمه پایه

امضاء/ اثر انگشت

تذکر: تکمیل تمامی اطلاعات در سه نسخه الزامی می باشد به فرمهای ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد.