

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی سال 404 – 405

نام و نام خانوادگی سرپرست				تعداد تحت تکفل :		تلفن همراه :		تلفن ثابت :				
شماره شبای حساب سرپرست				نام بانک :		IR		شرایط پرداخت				
ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	ش شناسنامه	تاریخ تولد	صدور	نام پدر	نسبت	ردیف	شماره چک	تاریخ چک	مبلغ چک	نام بانک
1				/...../.....				1		/...../.....		
2				/...../.....				2		/...../.....		
3				/...../.....				3		/...../.....		
4				/...../.....				4		/...../.....		
5				/...../.....				5		/...../.....		
6				/...../.....				6		/...../.....		
7				/...../.....				7		/...../.....		
8				/...../.....				جمع کل مبالغ دریافتی :				
9				/...../.....				نام و نام خانوادگی و امضای سرپرست :				
10				/...../.....								
11				/...../.....								
12				/...../.....								