

لیست ثبت نام قطعی کارکنان متقاضی و افراد تحت تکفل آنان جهت قرارداد بیمه تکمیل درمان سال ۱۳۹۷

صندوق قرض الحسنه :

شماره تلفن صندوق:

شماره نمابر صندوق:

تاریخ تکمیل فرم:

نام نماینده:

توجه: تکمیل و ارسال فرم ثبت نام به منزله قبول شرایط و ثبت نام قطعی در قرارداد تلقی شده و امکان حذف یا اضافه پس از ارسال لیست وجود ندارد. خواهشمند است به موارد اعلام شده در پائین صفحه توجه فرمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	کدملی	تاریخ استخدام روز/ماه/سال	نسبت	وضعیت تاهل	شماره دفترچه تامین اجتماعی	شماره حساب در بانک ملی/شبا	تلفن همراه
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											
۱۳											
۱۴											
۱۵											
۱۶											
۱۷											
۱۸											
۱۹											
۲۰											

همکار محترم: (۱) خواهشمند است نسبت به تکمیل فرم به صورت دقیق خصوصاً کدملی و شماره حساب بر اساس اطلاعات خواسته شده اقدام فرمائید. (۲) هنگام نوشتن نام افراد به ترتیب ابتدا مشخصات بیمه شده اصلی و بعد افراد تحت تکفل به ترتیب همسر، فرزندان پدر و مادر درج شود (۳) تاریخ استخدام و شماره حساب نزد بانک ملی برای کلیه بیمه شده گان اصلی جهت پرداخت خسارت اجباری است (۴) امکان حذف و اضافه نام افراد پس از ارسال لیست وجود نخواهد داشت، و افراد جدید الی استخدام تا یک ماه از تاریخ استخدام امکان اضافه شدن به لیست را خواهند داشت. و امکان حذف افراد در صورت اخراج یا ترک محل خدمت بانامه صندوق امکان پذیر خواهد بود (۵) تکمیل فرم مزبور وار سال آن به کانون حسنات به منزله پذیرش حضور در قرارداد تکمیل درمان خواهد بود و صندوق موظف است در موعد مقرر که متعاقباً اعلام خواهد شد نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام نماید. مهروامضاء مدیرعامل صندوق قرض الحسنه