

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی کارآفرین

نوع طرح انتخابی: طرح اول طرح دوم طرح سوم

ردیف	سمت	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره کارت ملی	محل صدور	تاریخ تولد	نام واحد صنفی	تلفن همراه
۱	اصلی									
۲	همسر									
۳	فرزند									
۴	فرزند									
۵	فرزند									
۶	فرزند									
۷	مادر									
۸	پدر									

آدرس و تلفن محل کار:

آدرس و تلفن منزل:

نام و نام خانوادگی صاحب پروانه کسب:	شماره پروانه کسب:	در دست اقدام:	نام واحد صنفی:
-------------------------------------	-------------------	---------------	----------------

توجه: دقت فرمایید هر خانواده داخل یک فرم ثبت نام گردد. توجه: قسمت پایین توسط متصدی بیمه تکمیل می‌گردد

ردیف	مبلغ	ریال الباقی به مبلغ	ریال در ۳ فقره چک صادر گردید:	۳۰٪ نقد به مبلغ		
ردیف	مبلغ	شماره چک	بانک	کد	شعبه	جاری
۱						
۲						
۳						
۴						

مبلغ فوق تحویل اینجانب

نماینده شرکت بیمه کارآفرین گردید.

مهر و امضاء تحویل گیرنده
