

درخواست عضویت بیمه تکمیلی ۹۳-۹۴

دانشگاه ارومیه

صورت اسامی مشخصات اعضاء اصلی و خانواده تحت تکفل آنان (که دارای دفترچه تامین درمان به تبع کارمند می باشند) متقاضی استفاده از طرح تکمیلی

افرادی که تمایل به عضویت در بیمه تکمیلی درمانی یا ادامه عضویت را دارند فرم ذیل را تکمیل و حداکثر تا اول وقت اداری روز ۹۳/۷/۲۶ به اداره کارگزینی (آقای سید سجادی) تحویل نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد			شماره دفترچه تامین درمان	نسبت بیمه شده تبعی با بیمه شده اصلی	شماره ملی
						روز	ماه	سال			
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
جمع کل حق عضویت کارمند و خانواده تحت تکفل آنان						ریال					
تعداد کل						نفر					

محل خدمت :

نشانی محل سکونت :

تلفن :

خواهشمند است فرم دقیق و با خط خوانا تکمیل شود.

امضا متقاضی