

تائیدیه کارفرما

تاریخ استخدام بیمه شده: / / ۱	شغل:	معاینات قبل از استخدام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
نشانی کارگاه:		
محل امضاء کارفرما		محل درج مهر کارگاه

این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود.

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

شماره مجوز:	تاریخ مجوز:	شروع دوره:	خاتمه دوره:
-------------	-------------	------------	-------------

اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص: <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص: / / ۱
--	------------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی/ثانی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	تغیث تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
...									

تائیدیه مخاطب

اینجانب در تاریخ / / ۱ به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تایید می نمایم.	محل امضاء	محل درج اثر انگشت
--	-----------	----------------------

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تائیدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

نوع شناسایی: <input type="checkbox"/> کارفرما <input type="checkbox"/> بازرسی <input type="checkbox"/> عقد قرارداد	
نوع ارتباط: <input type="checkbox"/> بیمه پرداز <input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمت <input type="checkbox"/> تحت پوشش بیمه شده اصلی <input type="checkbox"/> بازمانده	
نوع بیمه: <input type="checkbox"/> گرایش بیمه / خدمت: <input type="checkbox"/> نوع خدمت: <input type="checkbox"/>	
درخواست نامنویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.	مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--