صندوق تعاون و رفاه
سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

اینجانب .....فرزند.....به شماره شناسنامه.....محل صدور.....

تاریخ تولد..... محل تولد..... کدملی..... شماره نظام پزشکی.....

تحصیلات ..... رشته تحصیلی ..... آدرس .....

تلفن ثابت ..... کدشهر..... تلفن همراه ..... به منظور استفاده از مزایای قانون تامین اجتماعی تقاضای تحت پوشش قرار گرفتن ماده ۳ قانون تامین اجتماعی با کد کارگاهی شماره ۰۰۱۹۹۳۰۹۹۹ را دارم.

اینجانب ضمن اقراربه عدم وجود هرگونه رابطه کارگر و کارفرمایی (بیمه شده) با سازمان نظام پزشکی به عنوان عضو سازمان متعهد میشوم مبلغ حق بیمه خود را راس موعد مقرر (سه ماه یکبار تا آخرین روز ماه اول، از هر فصل سال) پرداخت نمایم و چنانچه در هر زمان هر یک از اقساط حق بیمه اینحانب تحت هر شرایطی به تعویق افتد و در وجه صندوق تعاون و رفاه سازمان نظام پزشکی پرداخت نشود. صندوق تعاون و رفاه حق دارد اینجانب را از لیست بیمه شدگان حذف و مراتب را به سازمان تامین اجتماعی اعلام نماید و همچنین متعهد میشوم در صورتیکه از بابت عدم پرداخت حق بیمه در زمان مقرر هر گونه خسارت مالی طبق گزارش سازمان تامین اجتماعی به صندوق تعاون سازمان نظام پزشکی وارد شود در اسرع وقت مبلغ مورد نظر را پرداخت نمایم و حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می‌نمایم.

مبلغ درخواستی برای تعیین دستمزد ..... ریال این مبلغ به درخواست خودم تعیین شده و هنگام بازنشستگی حق هرگونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.

نام و نام خانوادگی
اثر انگشت
مهر و امضا و تاریخ

توجه:

الف - آیا قبلا دارای سابقه تامین اجتماعی بوده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

ب – در صورت داشتن سابقه تامین اجتماعی شماره بیمه خود را ذکر نمایید.

ج – کلیه حمایت های مقرر ماده ۳ قانون تامین اجتماعی از جمله درمان،بازنشستگی،ازکارافتادگی و فوت با رعایت ضوابط مقرر و تغییرات بعدی آن در خصوص این گروه از بیمه شدگان نیز برقرار خواهد شد.

د – این گروه از بیمه شدگان از شمول قانون بیمه بیکاری خارج می باشند. بنابراین حق بیمه مربوطه نیز وصول نخواهد شد.

یوسف آباد، خیابان ۶۴ شرقی، ابتدای پل صادق آئینه وند، پلاک ۱۰، کدپستی: ۱۴۳۶۸۴۴۱۹۱
تلفن: ۰۲۱-۸۴۱۳۰ فکس: ۰۲۱-۸۸۶۲۹۸۴۶
www.irimcs.ir info@irimcs.ir