



پرسشنامه شناسایی و نام نویسی متمرکز مخاطبان

عکس

نوع مخاطب: بیمه شده اصلی بیمه شده تبعی کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:		نام:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
مذهب:	دین:	ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	نام پدر:
وضعیت تاهل:	نسبت:	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	<input type="text"/>
شماره شناسنامه / گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
انجام خدمت <input type="checkbox"/>	وضعیت نظام وظیفه	سری و سریال شناسنامه:	
معاف <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
عدم انجام خدمت <input type="checkbox"/>		تاریخ تولد:	
		سال	ماه
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
گروه خونی:	بخش صدور:	محل صدور:	شهر محل تولد:
			کشور محل تولد:
نشانی محل سکونت مخاطب			
تاریخ شروع سکونت:	کد پستی:	شهر:	استان:
/ /	<input type="text"/>		
نشانی:			
نشانی الکترونیکی:	شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:	کد شهر:
اطلاعات تحصیلی			
رشته تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	آخرین مقطع تحصیلی:	
اطلاعات آشنایان مخاطب			
نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
		شماره بیمه:	نشانی:
نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
		شماره بیمه:	نشانی:
اطلاعات بانکی مخاطب			
نوع حساب:	شماره حساب:	تاریخ افتتاح حساب: / /	
	<input type="text"/>		
کد شعبه:	نام شعبه:	نام بانک:	

تاییدیه کارفرما

تاریخ استخدام بیمه شده: / /	شغل: کارمند شرکت ملی خدماتی تدارک	معاینات قبل از استخدام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نام کارفرما: شرکت ملی خدماتی تدارک	شماره ملی کارفرما:	ردیف پیمان:
نام کارگاه: شرکت ملی خدماتی تدارک	شماره کارگاه: ۰۲۶۸۴۹۰۱۳۴	تلفن کارگاه: ۶۶۹۶۵۶۴۴

نشانی کارگاه: چهار راه ولی عصر (عج) ضلع جنوبی پارک دانشجو-کوچه شیرزاد-پلاک ۲۰

محل امضای کارفرما	محل درج مهر کارگاه
-------------------	--------------------

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

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

اطلاعات بیماری خاص

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

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب اصلی / تبعی	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	لغایت تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									

تاییدیه مخاطب

محل درج اثر انگشت	محل امضاء	<p>اینجانب در تاریخ / / به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نام نویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی صحت اطلاعات فوق را تایید می نمایم</p>
-------------------	-----------	---

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تاییدیه مسئول نام نویسی و حساب های انفرادی

نحوه شناسایی:	<input type="checkbox"/> کارفرما	<input type="checkbox"/> بازرسی	<input type="checkbox"/> عقد قرار داد
نوع ارتباط:	<input type="checkbox"/> بیمه پرداز	<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمات	<input type="checkbox"/> تحت پوشش بیمه شده اصلی
نوع بیمه:	نوع خدمت:	گرایش بیمه/خدمت:	

مهر و امضاء	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<p>درخواست نام نویسی آقای / خانم پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.</p>
مسئول نام نویسی و حسابهای انفرادی	با توجه به اطلاعات مندرج در این شماره تامین اجتماعی زیر																					

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود.