

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی درمان تعاون در سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

نوع استخدام (بیمه شده اصلی، فرز، پدر، مادر، همسر، فرزند)	تلفن همراه	شماره شبا بانک تجارت (فقط بیمه شده اصلی)	بیمه پایه (سلامت، تأمین اجتماعی، درمان)	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	نسبت با بیمه شده اصلی (پدر، مادر، همسر، فرزند)	نام پدر	شماره شناسنامه / کد ملی	نام و نام خانوادگی	ردیف
محل خدمت بیمه شده اصلی:				۱۳/...../.....	بیمه شده اصلی		کد ملی: ش.ش:		۱
						کد ملی: ش.ش:		۲	
						کد ملی: ش.ش:		۳	
						کد ملی: ش.ش:		۴	
						کد ملی: ش.ش:		۵	
						کد ملی: ش.ش:		۶	

اینجانب متقاضی طرح شماره بیمه تکمیل درمان می باشم و به دانشگاه علوم پزشکی جهرم اختیار کامل می دهم و مکلف می نمایم که مبلغ ریال ماهیانه از حقوق اینجانب کسر و به حساب شماره نزد واریز نماید.

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

ضمناً مبلغ طرح ها با (مالیات بر ارزش افزوده) بابت هر نفر به شرح ذیل می باشد:

طرح شماره سه: ۱/۴۵۰/۰۰۰ تومان

طرح شماره دو: ۹۵۰/۰۰۰ تومان

طرح شماره یک: ۷۰۰/۰۰۰ تومان

طرح همگانی: ۴۵۰/۰۰۰ تومان