



پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان

عکس

نوع مخاطب: ☐ بیمه شده اصلی ☐ بیمه شده تبعی ☐ کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:

نام:

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

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

نام پدر:

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

ایرانی ☐ غیرایرانی ☐ دین: مذهب:

جنسیت: ☐ مرد ☐ زن نسبت: تاهل:

شماره ملی:

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

شماره شناسنامه / گذرنامه:

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

تاریخ تولد:

روز ماه سال

1																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره سریال شناسنامه

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

وضعیت ☐ انجام
نظام
وظیفه ☐ معافیت
عدم انجام ☐

کشور محل تولد:

شهر محل تولد:

محل صدور:

بخش صدور:

گروه خونی:

استان:

شهر:

کدپستی:

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

تاریخ شروع سکونت: / /

نشانی:

کدشهر:

شماره تماس ثابت:

شماره تلفن همراه:

نشانی الکترونیکی:

اطلاعات تحصیلی

آخرین مدرک تحصیلی:

سال اخذ مدرک:

رشته تحصیلی:

اطلاعات آشنای مخاطب

آشنای اول

نام:

نام خانوادگی:

شماره ملی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

شماره بیمه:

نشانی:

نام:

نام خانوادگی:

شماره ملی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

شماره بیمه:

نشانی:

آشنای دوم

اطلاعات بانکی مخاطب

شماره حساب:

تاریخ افتتاح حساب: / /

نوع حساب:

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

نام بانک:

نام شعبه:

کد شعبه:

تأییدیه کارفرما

تاریخ استخدام بیمه شده:	شغل:	معاینات قبل از استخدام : ☐ دارد ☐ ندارد
نام کارفرما: اسماعیل برزگر	شماره ملی کارفرما: 5099346804	شناسه حقوقی کارگاه 9003740639:
نام کارگاه: شرکت توسعه کشاورزی مدرن	شماره کارگاه: 9003740639	تلفن کارگاه: 02833162890-5
نشانی کارگاه: قزوین ، کیلومتر 5 جاده بوئین زهرا بعد از سه راهی قدیم آباد		
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:	پایان دوره:
-------------	-------------	------------	-------------

اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص	تالاسمی ☐ هموفیلی ☐ کلیوی ☐	تاریخ شروع بیماری خاص / / 1
----------------	--	-----------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی/تیمی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	تا تاریخ			
1									
2									
3									
4									
5									

تأییدیه مخاطب

اینجانب در تاریخ / / 1 به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.	محل امضاء	محل درج اثر انگشت
---	-----------	-------------------

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

نحوه شناسایی :	کارفرما	بازرسی	عقد قرارداد
نوع ارتباط:	بیمه پرداز	دریافت کننده خدمات	تحت پوشش بیمه شده اصلی
نوع بیمه :	نوع خدمت :	گرایش بیمه/خدمت :	

درخواست نام نویسی آقای/ خانمبا توجه به اطلاعات مندرج

این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / 1 شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد

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

مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی