

یامن اسمہ دواء و ذکرہ شفاء
« فرم درخواست عضویت در قرارداد درمان تکمیلی »

اینجانب آقای/خانم..... زیرمجموعه شرکت/ شخص حقیقی..... به شماره عضویت..... درخواست استفاده از خدمات درمان تکمیلی بر اساس قرار داد انجمن انبوه سازان مسکن و ساختمان استان قزوین و شرکت سهامی بیمه سامان به همراه افراد تحت تکفل مندرج در جدول ذیل از مورخه ۹۵/۵/۱ به مدت یکسال دارم.

وضعیت		شماره بیمه گر اول	نسبت با بیمه شده اصلی	نام پدر	جنسیت	کدملی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور	نام و نام خانوادگی	ردیف
اعضا	خارج از اعضا										

امضاء متقاضی

شماره تماس:

آدرس :

شماره شبا حساب :