


# فرم شماره ۱

کد فرم: ID-W۰۱-F۰۱-۰۰۰ تاریخ: شماره:	<b>فرم مشخصات متقاضیان بیمه درمان تکمیلی شرکت خدمات اول مخابرات</b>	
--	---	---

استان ..... شهرستان ..... شعبه ..... کد شعبه .....

ردیف	کد پرسنلی	نام	نام خانوادگی	ش / شناسنامه	تاریخ تولد	شماره ملی	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع درخواست		شماره بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی
								افزایش	کاهش	
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										

شماره حساب واریز حقوق :	
شماره شب :	

محل امضاءمسئول یا نماینده:

محل امضاءبیمه شده اصلی:

توضیحات :

**تذکر :تنها در صورتی درخواست شما ثبت می گردد که تمامی ستون ها بصورت خوانا تکمیل شده باشد**

تلفن همراه: