

پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان



سازمان تأمین اجتماعی
اداره کل شرق ترازن بزرگ

عکس

نوع مخاطب : بیمه شده اصلی بیمه شده تبعی گارفرمای حقیقی

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

تأییدیه کارفرما

معاینات قبل از استخدام:	<input type="checkbox"/> ندارد <input checked="" type="checkbox"/> دارد	تاریخ استخدام یمین شده:	/ / / /
شناسه حقوقی کارگاه:		شماره ملی کارفرما:	نام کارفرما:
تلفن کارگاه:		شماره کارگاه:	نام کارگاه:
نشانی کارگاه:			
محل درج مهر کارگاه	محل امضاء کارفرما		

رُجُوْنْ تَوْسِيْعَةْ كَلَافِرْمَا تَكْمِيلَ شُونْدَ

اطلاعات پروانه استغال مخاطب اصلی خارجی

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

اطلاعات بیماری خاص

تاریخ شروع بیماری خاص:	/ / / /	کلبوی <input type="checkbox"/>	هموفیلی <input type="checkbox"/>
------------------------	---------	--------------------------------	----------------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات یمین ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی/ابعی)	شماره یمین مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شعبه	استان
					از تاریخ	لغایت تاریخ		
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
-								

تأییدیه مخاطب

محل درج اثر اثکت	محل امضاء	در تاریخ مواجعه نموده
---------------------	-----------	--------------------------------

/ / ۱ به شعبه و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تأمین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تائید می نمایم

رُجُوْنْ تَوْسِيْعَةْ كَلَافِرْمَا تَكْمِيلَ شُونْدَ

اطلاعات یمین ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

نحوه شناسانی:	<input type="checkbox"/> کارفرما:	<input type="checkbox"/> بازرگانی:	<input type="checkbox"/> عقدقرارداد
نوع ارتباط:	<input type="checkbox"/> بازمانده	<input type="checkbox"/> بیمه پرداز	<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمت	<input type="checkbox"/> تحقیق پوشش یمین شده اصلی
نوع بیمه: گرایش بیمه / خدمت:			نوع خدمت:
درخواست نامنویسی آقای / خانم این برستنامه برسی و در تاریخ / / / / با توجه به اطلاعات مندرج در ا شماره تأمین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد			
مهر و امضاء			
مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی			

رُجُوْنْ تَوْسِيْعَةْ كَلَافِرْمَا تَكْمِيلَ شُونْدَ