

### تائیدیه کارفرما

این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود

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

### اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

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

### اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص:	تاریخ شروع بیماری خاص: / /
-----------------	----------------------------

### اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی/تبعی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	تغایت تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
-									

### تائیدیه مخاطب

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

### اطلاعات بیمه ای مخاطب و تائیدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

نحوه شناسایی:	<input type="checkbox"/> کارفرما	<input type="checkbox"/> بازرسی	<input type="checkbox"/> عقد قرارداد											
نوع ارتباط:	<input type="checkbox"/> بیمه پرداز	<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمت	<input type="checkbox"/> تحت پوشش بیمه شده اصلی	<input type="checkbox"/> بازمانده										
نوع بیمه:	نوع خدمت:	گرایش بیمه / خدمت:												
درخواست نامنویسی آقای / خانم ..... با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / شماره تأمین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد														
مهر و امضاء		مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود



سازمان اسناد و کتابخانه ملی  
اداره کل شرق تهران بزرگ

## پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان

عکس

نوع مخاطب:  بیمه شده اصلی  بیمه شده تبعی  کارفرمای حقیقی

### اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:		نام پدر:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	دین:	نام پدر:	
مذهب:	نسبت:	<input type="text"/>	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	وضعیت تاهل:	<input type="text"/>	
شماره شناسنامه / گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
سری و سریال شناسنامه:		تاریخ تولد:	
<input type="text"/>		روز      ماه      سال	
وضعیت: <input type="checkbox"/> انجام خدمت		سال      ماه      روز	
نظام: <input type="checkbox"/> معاف		<input type="text"/>	
وظیفه: <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت		<input type="text"/>	
گروه خونی:	بخش صدور:	محل صدور:	شهر محل تولد:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### نشانی محل سکونت مخاطب

استان:	شهر:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نشانی:			
کد شهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### اطلاعات تحصیلی

آخرین مدرک تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### اطلاعات آشنایان مخاطب

آشنای اول:	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
آشنای اول:	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
آشنای دوم:	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
آشنای دوم:	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	

### اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب:	شماره حساب:	نوع حساب:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>