* فرم درخواست جمع آوری سابقه *

تصویر شناسنامه و کارت ملی ضمیمه گردد

شعبه ۲۵ تهران

فرم شماره ۱ پیوست

این قسمت توسط بیمه شده تکمیل میگردد

اینجانب : .... بیمه شده شماره : .... متولد : / /

بشماره شناسنامه : .... و شماره مسلسل شناسنامه : .... صادره: شهرستان : .... بخش :

شاغل در کارگاه (فعلی) : .... به کارفرمائی (فعلی) : ....

بنشانی : .... کد ملی : ....

شماره تلفن : ....

درخواست مینمایم نسبت به جمع آوری سوابق اینجانب بشرح زیر دستور اقدام بفرمائید

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نام کارگاه	شماره کارگاه	نشانی کارگاه	نام شعبه	نوع بیمه

این قسمت توسط همکاران شعبه تکمیل میگردد

انواع بیمه : نام : نام خانوادگی : امضاء : اثر انگشت :

اجباری ، اختیاری ، حروف مشاغل آزاد و رانندگان باربری و مسافربری

نظر واحد نام نویسی و حسابهای انفرادی :

بیمه شده شناسائی گردید و اشتغال وی درکارگاه : .... بشماره : .... تائید می گردد

شماره :

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول نامنویسی

تاریخ :

نام و نام خانوادگی و امضاء رئیس شعبه

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

چاپ امام رضا (ع) ۶۶۳۶۶۵۲۶-۶۶۳۷۳۸۱۰