



کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان گیلان

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی

متقاضی اصلی				
نام و نام خانوادگی	شماره ملی	شماره بیمه اول	نوع بیمه اول	
شماره شبا	IR			
نام و نام خانوادگی افراد تحت تکفل				
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	شماره بیمه	نسبت با متقاضی اصلی
۱.				
۲.				
۳.				
۴.				
۵.				
۶.				

پیشنهادها:

امضا و تاریخ