

فرم درخواست صدور دفترچه المثنی بیمه شدگان شاغل کارگاههای (اجباری/خاص) مستمری بگیران

ریاست محترم شعبه:.....

با سلام

بدینوسیله اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر شماره.....متقاضی صدور دفترچه درمان المثنی جهت.....به شماره شناسنامه.....کدملی.....محل صدورتاریخ تولد..... نام پدر.....می باشم.

خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم انجام پذیرد.

آدرس محل سکونت:

شهر:خیابان:کوچه:پلاک:تلفن:

امضاء بیمه شده / اثر انگشت

فرم درخواست صدور دفترچه المثنی بیمه شدگان شاغل کارگاههای (اجباری/خاص) مستمری بگیران

ریاست محترم شعبه:.....

با سلام

بدینوسیله اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر شماره.....متقاضی صدور دفترچه درمان المثنی جهت.....به شماره شناسنامه.....کدملی.....محل صدورتاریخ تولد..... نام پدر.....می باشم.

خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم انجام پذیرد.

آدرس محل سکونت:

شهر:خیابان:کوچه:پلاک:تلفن:

امضاء بیمه شده / اثر انگشت