

تعهد نامه (فرزندان ذکور) بیمه شدگان جهت برخورداری از حمایت‌های درمانی

ریاست محترم شعبه

باسلام

بدینوسیله اینجانب..... به شماره بیمه.....

و شماره ملی..... اعلام میدارم، فرزندانم به نام.....

شماره شناسنامه..... کد ملی..... محل صدور.....

متولد..... اشتغال به کار نداشته و بلافاصله پس از اشتغال، شعبه ذیربط را مطلع نمایم.

بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به جبران خسارات وارده طبق ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی خواهم بود.

خواهشمند است دستور فرمائید وفق مقررات مربوط نسبت به صدور دفترچه درمانی نامبرده اقدام لازم معمول نمایند.

امضاء بیمه شده / اثر انگشت

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی

هر کس به استناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا اشخاص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای نقدی د برابر خسارات وارده به سازمان تامین خدمات درمانی یا به این سازمان و در صورت تکرار به حبس جنحه ای از ۶۱ روز تا ۶ ماه محکوم خواهد شد.