



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان

عکس

نوع مخاطب: ☐ بیمه شده اصلی ☐ بیمه شده تبعی ☐ کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

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

نشانی محل سکونت مخاطب

کد پستی:										شهر:										استان:									
تاریخ شروع سکونت: / / ۱										نشانی:										کد شهر:									
شماره تلفن همراه:										شماره تلفن ثابت:										نشانی الکترونیکی:									

اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:										سال اخذ مدرک:										رشته تحصیلی:									

اطلاعات آشنایان مخاطب

نام:		نام خانوادگی:		شماره ملی:		تلفن ثابت:	
تلفن همراه:		شماره بیمه:		نشانی:			
نام:		نام خانوادگی:		شماره ملی:		تلفن ثابت:	
تلفن همراه:		شماره بیمه:		نشانی:			

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب: / / ۱										شماره حساب:										نوع حساب:									
نام بانک:										نام شعبه:										کد شعبه:									

تأییدیه کارفرما

از قسمت توسط کارفرما تکمیل شود.	تاریخ استخدام بیمه شده : / / ۱	شغل :	معاینات قبل از استخدام: ☐ دارد ☐ 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 :	☐ تالاسمی	☐ هموفیلی	☐ کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص : / / ۱
------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

اظهارات مخاطب درخصوص 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	لغایت تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
...									

تأییدیه مخاطب

اینجانب در تاریخ / / ۱ به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی ، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.	محل امضاء	محل درج اثر انگشت
---	-----------	----------------------

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

از قسمت توسط شعبه تکمیل شود.	نوع شناسائی :	☐ کارفرما	☐ بازرسی	☐ عقد قرارداد
	نوع ارتباط :	☐ بیمه پرداز	☐ دریافت کننده خدمت	☐ تحت پوشش بیمه شده اصلی
	نوع بیمه :	نوع خدمت :	گرایش بیمه / خدمت :	
	مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی درخواست نامنویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.			