



انجمن صنفی کارفرمایان نمایندگان بیمه رازی استان اصفهان

فرم درخواست عضویت

نام و نام خانوادگی نماینده حقیقی / نماینده حقوقی :				
نام اختصاری شرکت نماینده حقوقی :				
نام و نام خانوادگی مدیر عامل :		میزان تحصیلات :		رشته تحصیلی :
تاریخ تأسیس / پروانه نمایندگی :		کد نمایندگی :		
نام و نام خانوادگی صاحبان امضاء مجاز طبق آخرین روزنامه رسمی :				
مشخصات پرسنل و کارکنان نمایندگی:				مهر امضاء نماینده:
نام:	نام خانوادگی:	سمت:	تاریخ عقد قرارداد:	
کارشناس و بالاتر	فوق دیپلم و دیپلم	زیر دیپلم	جمع کل نفرات	
تمام وقت				
پاره وقت				

آدرس محل فعالیت / نمایندگی :

کد پستی :	صندوق پستی :	تلفن :	فاکس :
پست الکترونیک :		نشانی سایت اینترنتی :	
۱- رفاهی ☐ ۲- آموزشی ☐ ۳- حل اختلاف ☐		۴- سایر کمیته های پیشنهادی ذکر شود. ☐	
متقاضی عضویت در کمیته			

تنظیم کننده فرم :		تاریخ تنظیم :	امضاء :
تحويل گیرنده فرم :		تاریخ تحويل و تکمیل مدارک:	
در این قسمت چیزی ننویسید		نظر هیئت مدیره / کمیته پذیرش :	
تاریخ بررسی دبیر :		امضاء دبیر هیئت مدیره / کمیته پذیرش :	