

«فرم درخواست صدور دفترچه المثنی بیمه شدگان شاغل کارگاههای (اجباری / فاض) مستمری بگیران»

ریاست محترم شعبه :

با سلام

بدینوسیله اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر به شماره

..... متقاضی صدور دفترچه درمان المثنی، جهت به شماره

شناسنامه کدملی محل صدور تاریخ تولد

نام پدر می باشم .

خواهشمنداست دستور فرمائید اقدام لازم انجام پذیرد .

آدرس محل سکونت :

شهر : خیابان : کوچه : پلاک : تلفن :

امضاء بیمه شده / اثر نگشت

نمونه شماره ۴ المثنی

«فرم درخواست صدور دفترچه المثنی بیمه شدگان شاغل کارگاههای (اجباری / فاض) مستمری بگیران»

ریاست محترم شعبه :

با سلام

بدینوسیله اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر به شماره

..... متقاضی صدور دفترچه درمان المثنی، جهت به شماره

شناسنامه کدملی محل صدور تاریخ تولد نام

پدر می باشم .

خواهشمنداست دستور فرمائید اقدام لازم انجام پذیرد .

آدرس محل سکونت :

شهر : خیابان : کوچه : پلاک : تلفن :

امضاء بیمه شده / اثر انگشت

نمونه شماره ۴ المثنی