



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

پرسشنامه شناسایی و نام نویسی متمرکز مخاطبان

عکس

نوع مخاطب: بیمه شده اصلی بیمه شدع تبعی کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی									
نام خانوادگی:					نام:				
مذهب:		دین:		ملیت:		جنسیت:		نام پدر:	
وضعیت تاهل:		نسبت:		<input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد			
شماره شناسنامه/ گذرنامه:					شماره ملی:				
وضعیت:		سری و سریال شناسنامه:		تاریخ تولد:		روز		ماه	
انجام خدمت <input type="checkbox"/>		نظام <input type="checkbox"/>		سال					
معاف <input type="checkbox"/>		وظیفه <input type="checkbox"/>		شهر محل تولد:		ماه		روز	
عدم انجام خدمت <input type="checkbox"/>				محل صدور:		سال			
گروه خونی:		بخش صدور:		شهر محل تولد:		کشور محل تولد:			
نشانی محل سکونت مخاطب									
تاریخ شروع سکونت:		کدپستی:		شهر:		استان:			
۱۳ / /									
نشانی:									
نشانی الکترونیکی:		شماره تلفن همراه:		شماره تلفن ثابت:		کدشهر:			
اطلاعات تحصیلی									
رشته تحصیلی:		سال اخذ مدرک:		آخرین مقطع تحصیلی:					
اطلاعات آشنایان مخاطب									
نام:		نام خانوادگی:		شماره ملی:		تلفن ثابت:		آشنای اول	
شماره بیمه:		نشانی:		نام:		نام خانوادگی:		شماره ملی:	
شماره بیمه:		نشانی:		نام:		نام خانوادگی:		شماره ملی:	
اطلاعات بانکی مخاطب									
نوع حساب:		شماره حساب:		تاریخ افتتاح حساب:		کدشعبه:		نام بانک:	
				۱۳ / / /					

تاییدیه کارفرما

تاریخ استخدام بیمه شده: ۱۳ / /	شغل:	معاینات قبل از استخدام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسی حقوقی کارفرما:
نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:

نشانی کارگاه:

محل امضای 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:	<input type="checkbox"/> تلامسی	<input type="checkbox"/> هموفیلی	<input type="checkbox"/> کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص: ۱۳ / /
-----------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص 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									
۶									

تاییدیه مخاطب

اینجناب در تاریخ ۱۳ / / به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نام نویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی صحت اطلاعات فوق را تایید می نمایم	محل امضاء	محل درج اثر انگشت
---	-----------	-------------------

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تاییدیه مسئول نام نویسی و حساب های انفرادی

نحوه شناسایی:	<input type="checkbox"/> کارفرما	<input type="checkbox"/> بازرسی	<input type="checkbox"/> عقد قرار داد
نوع ارتباط:	<input type="checkbox"/> بیمه پرداز	<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمات	<input type="checkbox"/> تحت پوشش بیمه شده اصلی <input type="checkbox"/> بازمانده
نوع بیمه:	نوع خدمت:	گرایش بیمه/خدمت:	

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود.

درخواست نام نویسی آقای/ خانم پرسشنامه بررسی و در تاریخ ۱۳ / / شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.	مهر و امضاء مسئول نام نویسی و حسابهای انفرادی
---	---