خرید بیمه تکمیلی درمان کارکنان شرکت های طرف قرارداد دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

وکالتنامه : اینجانب .....فرزند ..... به شماره شناسامه ..... صادره از ..... به شماره ملی .....
جهت استفاده از تسهیلات بیمه تکمیلی درمان برای خود و افراد تحت تکفل بر اساس شرایط اقساطی اعلام شده (سه ماه اول به صورت نقد و الباقی به صورت سه فقره چک ماهیانه) آمادگی خود را اعلام می دارم.

آدرس و تلفن محل خدمت : .....

آدرس و تلفن محل سکونت : .....

نام و نام خانوادگی امضا و اثر انگشت **مهر و امضاء شرکت طرف قرارداد**

شماره همراه :

مدارک مورد نیاز :

- **معرفی نامه از شرکت .کپی تمام صفحات شناسنامه سرپرست خانوار (کارمند) – کپی صفحه اول دفترچه درمان کلیه افراد**
  شماره حساب شبا بیمه شده اصلی .....

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	جنسیت	شماره ملی	طرح یک (۵۴۵/۰۰۰ ریال)	طرح دو (۱/۱۵۰/۰۰۰ ریال)	طرح سه (۱/۸۲۰/۰۰۰ ریال)	طرح چهار (۲/۱۴۰/۰۰۰ ریال)