

عکس

## پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

نوع مخاطب:  بیمه شده اصلی  بیمه شده تبعی  کارفرمای حقیقی

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

تائیدیه کارفرما																	
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: <input type="checkbox"/> تالسمی		<input type="checkbox"/> هموفیلی		<input type="checkbox"/> کلیوی		تاریخ شروع بیماری خاص:											
اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه‌ای گذشته خود																	
ردیف	نوع مخاطب (اصلی / تبعی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان								
					از تاریخ	تا تاریخ											
۱																	
۲																	
۳																	
۴																	
۵																	
—																	
تائیدیه مخاطب																	
محل امضاء		محل درج اثر انگشت		اینجانب ..... در تاریخ ..... / / به شعبه ..... مراجعه نموده و ضمن درخواست نامتویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تایید می‌نمایم.													
اطلاعات بیمه‌ای مخاطب و تائیدیه مسئول نامتویسی و حساب‌های انفرادی																	
نحوه شناسایی:		<input type="checkbox"/> کارفرما		<input type="checkbox"/> بازرسی		<input type="checkbox"/> عقد قرارداد											
نوع ارتباط:		<input type="checkbox"/> بیمه پرداز		<input type="checkbox"/> دریافت کننده		<input type="checkbox"/> تحت پوشش شده اصلی		<input type="checkbox"/> بازمانده									
نوع بیمه:		نوع خدمت:		گرایش بیمه / خدمت:													
مهر و امضاء مسئول نامتویسی و حساب‌های انفرادی		درخواست نامتویسی آقای / خانم ..... با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ ..... / ..... / شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.															
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															

این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود