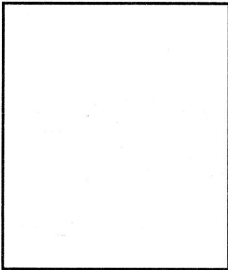




سازمان اسناد و کتابخانه ملی
اداره کل شرق تهران بزرگ

فرم جمع آوری اطلاعات کلی بیمه شده
پرسشنامه اولیه نامنویسی

شماره :
تاریخ :
فرم شماره یک :
الف - نوع بیمه شده :



اصلی شماره بیمه ، بیمه شده اصلی : نام بیمه شده اصلی :
تبعی : نسبت :
ب - مشخصات هویتی اصلی / تبعی :

۱. نام
۲. نام خانوادگی :
۳. نام پدر :
۴. ملیت :
۵. جنسیت : مرد زن
۶. تاریخ تولد : روز / ماه / سال
۷. شماره شناسنامه / گذرنامه :
۸. شماره ملی :
۹. سریال شناسنامه :
۱۰. محل صدور : ۱۱ - بخش صدور : ۱۲. کشور محل تولد : ۱۳. شهر محل تولد :
حرف

ج. اطلاعات تکمیلی :
۱۴. تحصیلات : ۱۵. رشته تحصیلی : ۱۶. نشانی محل سکونت :
۱۷. کد پستی ۱۰ رقمی : ۱۸. تلفن منزل : ۱۹. کد شهر :
۲۰. تلفن همراه : ۲۱. نشانی الکترونیکی : @
۲۲. شماره حساب بانکی : ۲۳. نام بانک :
۲۴. شعبه بانک : ۲۵. کد بانک :
۲۶. شرایط خاص : جانبازی بیمار خاص از کار افتادگی پورسانتازی اتباع خارجی کارگر فصلی سایر
اثر انگشت :

د. زبان و گویش
۲۷. زبان یا گویشی که توانائی صحبت کردن با آن را دارید : (چند مورد را می توانید مشخص نمایند)
فارسی آذری کردی تالشی گیلکی لری بلوچی ترکمنی انگلیسی عربی سایر نام ببرید :

ه - مشخصات دو نفر از آشنایان که در مواقع اضطراری بتوان با آنها تماس گرفت :
۲۸. نام نام خانوادگی شماره تلفن کد شهر تلفن همراه :
نشانی محل سکونت :
۲۹. نام نام خانوادگی شماره تلفن کد شهر تلفن همراه :
نشانی محل سکونت :

و - درخواست نامنویسی (بیمه شده اصلی) :
۳۰. اینجانب در تاریخ به شعبه مراجعه نموده و صحت اطلاعات فوق را تایید می نمایم.
نام و نام خانوادگی :
محل امضاء :

