

درخواست عضویت

سرپرست:

لطفاً این درخواست را با خط خوانا نوشته و به کلیه سوالات پاسخ کامل دهید
پاسخ کامل دهید و با درج تاریخ، امضاء نموده و همراه با فتوکپی صفحه ۱ و ۲ شناسنامه و کارت ملی و دو قطعه عکس ۴×۳ با درج نام و نام خانوادگی هر یک از متقاضیان برای کمک رسان ارسال نمایید.

در صورت پذیرش عضویت، این درخواست و اطلاعات مندرج در آن به عنوان بخش لاینفک قرارداد عضویت محسوب می‌شود.
لطفاً قبل از تکمیل درخواست، قرارداد عضویت را مطالعه فرمایید.

لطفاً به کلیه سوالات پاسخ کامل دهید

- آیا هیچ یک از متقاضیان قبل اعضا کمک رسان بوده اند؟ خیر بله شرح دهید:
- آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت تاکنون در بیمارستان بستری شده اند؟ خیر بله شرح دهید:

وضعیت فعلی	تاریخ بستری	نام بیماری	بیمارستان	وزن	قد	نام

- آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت در ۵ سال گذشته به پزشک متخصص مراجعه کرده اند؟ خیر بله شرح دهید:

وضعیت فعلی	تاریخ مراجعه	نام بیماری ، علت مراجعه	نام و تخصص پزشک	نام

- آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت به هیچ نوع بیماری از قبیل قلب و شرایین، فشار خون، قند، کلیه و مجاری ادرار، زنان، استخوان، دستگاه گوارش، فتق، چشم، نقص عضو، بیماری های مادرزادی، سرطان و سایر بیماری ها مبتلا بوده یا می باشند؟ خیر بله شرح دهید:

وضعیت فعلی	درمان انجام شده	مدت ابتلا به بیماری	بیماری	نام

اینچنانچه متقاضی عضویت برای خود و نامبردگان یادشده در این درخواست می‌باشد و با مطالعه قرارداد عضویت کمک رسان، ملحوظ به این درخواست، از مزایا، شرایط و محدودیت های عضویت اطلاع کامل دارم. گواهی می‌نمایم که در پاسخ به کلیه سوالات، اظهارات اتم متنی بر حقیقت کامل می‌باشد و آگاه هستم اظهارات خلاف واقع، کاذب یا کتمان حقایق در مورد کلیه سوالات موجب سلب مستولیت کمک رسان در عرضه خدمات موضوع قرارداد عضویت خواهد شد. بدینوسیله به منظور بررسی

سابقه پزشکی به کمک رسان اجازه داده می‌شود هرگونه اطلاعات لازم را از پزشک معالج اینجانب و سایر متقاضیان نامبرده در این درخواست به صورت محترمانه دریافت نماید. امضاء این قرارداد در حکم قبول قرارداد عضویت کمک رسان از طرف اینجانب و سایر متقاضیان یاد شده در این درخواست می‌باشد.

همچنین موافقت می‌نمایم در صورت تشخیص کمک رسان خود و نامبردگان بالا به هزینه خود نزد پزشک معتمد کمک رسان معاینه پزشکی شویم.

بعلاوه بدینوسیله به کمک رسان اختیار و کالت می‌دهم تا نسبت به تعیین و عقد قرارداد مشاوره حقوقی با یک یا چند وکیل دادگستری اقدام نمایم تا در صورت لزوم از خدمات حقوقی و مشاوره حقوقی ایشان بهره مند گردد.

بدینوسیله تایید می‌گردد که مشخصات متقاضیان نامبرده با مدارک موجود در این شرکت مطابقت دارد و این شرکت متعهد پرداخت حق عضویت نامبردگان به شرح عنوان شده می‌باشد.

امضاء: تاریخ:

477	کد	تاریخ
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	کد کارفرما	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
شماره		
مالحظات :		
در این قسمت چیزی ننویسید		

تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نام پدر	نام و نام خانوادگی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
کد پستی	وضعیت تا هل		
<input type="text"/>	تعداد فرزندان	نشانی	<input type="text"/>
تحصیلات	تلفن محل کار	محل کار	شغل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
پست الکترونیکی	تلفن همراه	تلفن منزل	کدملی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

در این قسمت چیزی ننویسید	شماره شناسنامه و کدملی	نام پدر	نام و نام خانوادگی
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
جنسيت	تاریخ تولد	نام پدر	همسر
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
فرزند	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
فرزند	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
فرزند	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

معرف :	تلفن:	نام :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ملاحظات :	بیمه درمانی تحت پوشش
<input type="text"/>	<input type="text"/>

مخصوص نماینده:	مهر و امضاء مجاز:	تاریخ:	نام شرکت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>