

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی درمان
قرارداد سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ اعضای انجمن علوم آزمایشگاهی ایران
نماینده رومی کد ۳۱۳- بیمه دانا

نام آزمایشگاه	نام مسئول آزمایشگاه	تلفن مسئول	شماره نظام پزشکی	تعداد پرسنل	تلفن آزمایشگاه

نام	نام خانوادگی	سال تولد	ماه تولد	روز تولد	کدملی	مویایل نفر اصلی	جنس	نام پدر	نسبت

آدرس آزمایشگاه:

شماره شبا و نام بانک سرپرست خانواده:

نوع بیمه‌نامه	تاریخ انقضا بیمه‌نامه
مسئولیت حرفه ای پزشکان	
مسئولیت حرفه‌ای پیراپزشکان	
مسئولیت مسئول فنی	
مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان	
اتومبیل (ثالث)	
اتومبیل (بدنه)	
آتش سوزی	
تجهیزات الکترونیکی	