

فرم درخواست همکاری با شرکت بیمه دی

اطلاعات مرکز درمانی		
نوع مرکز درمانی:		
*آزمایشگاه *تصویربرداری *بیمارستان *فیزیوتراپی *مطب پزشک *داروخانه *درمانگاه * مرکز نگهداری اعصاب روان *آسایشگاه *مرکز مشاوره *خدمات مراقبت بالین در منزل *پرستاری در منزل *مرکز شنوایی سنجی *تجهیزات پزشکی *ارتوپدی فنی *کارشناس پروانه دار *مرکز جامع توانبخشی *مطب دندانپزشک *کلینیک دندانپزشکی *مرکز جراحی محدود		
نام مرکز درمانی تخصص مرکز درمانی درجه اعتبار بخشی بیمارستان		
خدمات مرکز درمانی(خدماتی که در پروانه بهره برداری مجوز آن ذکر شده است)		
نام و نام خانوادگی موسس مرکز درمانی کد ملی..... تاریخ تولد شماره همراه.....		
آدرس : استان منطقه شهری / شهرستان بخش یا روستا خیابان کوچه پلاک کد پستی مرکز درمانی		
شماره تماس مرکز شماره فکس مرکز.....		
شماره پروانه بهره برداری/پروانه نظامتاریخ صدور پروانه تاریخ اعتبار پروانه		
نوع مالکیت مرکز: *دولتی *عمومی غیر دولتی *خیریه *خصوصی		
شماره ثبت شرکت مراکز حقوقی کد اقتصادی مراکز حقوقی شناسه ملی مرکز حقوقی		
اطلاعات بانکی موسس / شرکت حقوقی		
نام بانک	کد شعبه بانک	نام صاحب حساب
شماره حساب	شناسه واریز	شماره شبا
توضیحات: شماره حساب اعلام شده برای مراکز حقوقی باید مربوط به شرکت و شماره حساب مراکز حقیقی باید مربوط به موسس باشد		
اطلاعات نماینده نام الاختیار		
نام و نام خانوادگی	کد ملی	
تاریخ تولد	شماره تماس همراه	
بیمه های پایه طرف قرارداد		
نوع بیمه گر پایه	وضعیت قرارداد با مرکز	در صورت فعال بودن شماره قرارداد با بیمه پایه ذکر گردد
تامین اجتماعی	فعال / غیرفعال	
نیروهای مسلح	فعال / غیرفعال	
خدمات درمانی(بیمه سلامت/سایر اقشار)	فعال / غیرفعال	

اینجانبمدیریت مرکزصحت اطلاعات فوق را تایید مینمایم لذا خواهشمند است نسبت به عقد قرارداد مساعدت فرمایید.

اینجانب.....کارشناسصحت اطلاعات فوق را با اصل مدارک بررسی و تایید مینمایم.

مهر و امضا مدیریت شعبه بیمه

مهر و امضا کارشناس بیمه

مهر و امضا مدیریت مرکز