

## فرم درخواست همکاری با شرکت بیمه دی

اطلاعات مرکز درمانی		
نوع مرکز درمانی: *آزمایشگاه *تصویربرداری *بیمارستان *فیزیوتراپی *مطب *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		
نام مرکز درمانی ..... تخصص مرکز درمانی ..... درجه اعتبار بخشی بیمارستان .....		
خدمات مرکز درمانی: .....		
نام و نام خانوادگی موسس مرکز درمانی ..... کد ملی ..... تاریخ تولد: ...../...../....		
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 ..... نوع مالکیت مرکز: *دولتی *عمومی غیر دولتی *خبریه *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 .....	شماره شبا - - - - - IR	
شناسه واریز .....		
اطلاعات نماینده تام 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 درمانی	شماره قرارداد بیمه پایه
تامین اجتماعی	فعال      غیرفعال	
نیروهای مسلح	فعال      غیرفعال	
خدمات درمانی (بیمه سلامت/سایر اقشار)	فعال      غیرفعال	

اینجانب.....مدیریت مرکز..... صحت اطلاعات فوق را تایید مینمایم لذا خواهشمند است نسبت به عقد قرارداد مساعدت فرمایید.

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

مهر و امضاء مدیریت شعبه بیمه دی

مهر و امضاء کارشناس بیمه دی

مهر و امضا مدیریت مرکز