

بسمه تعالی

فرم درخواست تسهیلات عینک

اطلاعات پرسنل اصلی

- کد ملی درخواست کننده :

--

- نام و نام خانوادگی

--	--

اطلاعات دریافت کننده خدمات :

- نسبت با بیمه شده اصلی:

--

- کد ملی دریافت کننده خدمات

--

- نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد دریافت کننده خدمات

--	--	--

☐ اینجانب موافقت خود را با کسر مبلغ از حقوق اعلام می نمائم

☐ در صورت تجاوز خدمات از سقف تعیین شده، پرداخت مابه التفاوت به صورت نقدی برعهده اینجانب میباشد

امضا ارائه دهنده خدمات

امضا متقاضی

امضاء واحد بیمه