



کانون کارشناسان رسی دادگستری
استان آذربایجان غربی

با اطلاع از تمام مفاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی مشخصات اعضا تحت تکفل خود را به شرح ذیل اعلام می‌دارم

رد ی ف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی	نوع بیمه پایه	شماره بیمه پایه
1							
2							
3							
4							
5							

[illegible]

شماره شبا بیمه شده
اصلي:

.....:شماره حساب:.....بانکی

اینجانب..... شماره پروانه..... به کانون کارشناسان رسمی دادگستری وکالت
می‌دهم حق بیمه مربوط به بیمه تکمیلی و افراد تحت تکلف طبق لیست فوق از حساب اینجانب کسر گردد

امضا