

## فرم عضویت در اداره تسهیلات

### تکمیل توسط کارشناس

|                      |            |
|----------------------|------------|
| <input type="text"/> | شماره حساب |
| <input type="text"/> | تاریخ      |
| <input type="text"/> | کد مشتری   |

از این قسمت تکمیل گردد:

|  |                     |                      |                  |
|--|---------------------|----------------------|------------------|
| <input type="text"/>                                     | شماره نظام پزشکی    | <input type="text"/> | نام خانوادگی     |
| <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن | جنسیت               | <input type="text"/> | نام              |
| <input type="text"/>                                     | آدرس محل سکونت      | <input type="text"/> | نام پدر          |
| <input type="text"/>                                     |                     |                      |                  |
| <input type="text"/>                                     | تلفن محل سکونت      | <input type="text"/> | شماره‌ی شناسنامه |
| <input type="text"/>                                     | شماره تلفن همراه    | <input type="text"/> | کدملی            |
| <input type="text"/>                                     | آدرس / تلفن محل کار | <input type="text"/> | تاریخ تولد       |
| <input type="text"/>                                     |                     |                      |                  |

اینجانب با اطلاع کامل از شرایط و مقررات تسهیلات سپرده‌گذاری، اداره تسهیلات را به عنوان وکیل، حق توکیل به غیر و وصی خود قرار می‌دهم که از محل منابع جمع‌آوری شده، طبق ضوابط تعیین شده سازمان به اعضا تسهیلات پرداخت نماید.

مهر نظام پزشکی

نمونه امضاء