



فرم پیشنهاد مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

در راستای امنیت حرفه ای پرستاران ، بهیاران ، کمک بهیاران و تکنسینهای اتاق عمل و سوپروایزرها و تکنسینهای بیهوشی و نوارنگاری و استریلیزاسیون شاغل در مراکز پزشکی و درمانی کشور شرکت بیمه معلم " بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان " را تهیه و عرضه نموده است .

دارندگان مشاغل فوق می توانند فرم ذیل را تکمیل و جهت دریافت بیمه نامه به بیمه معلم و شعب آن در سراسر کشور مراجعه نمایند.

نام متقاضی :

عنوان شغل :

نام پدر :

آخرین مدرک تحصیلی :

رشته تحصیلی :

شماره ملی :

نوع استخدام : رسمی غیر رسمی شماره پرسنلی / استخدام : شماره شناسنامه :

بخش محل خدمت :

نشانی محل کار :

آیا متقاضی تا کنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به بیماران یا ذوی الحقوق آنان شده است ؟ بلی خیر

لطفاً " تعداد و مبلغ پرداختی را ذکر فرمائید :

حداکثر میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ریال

بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم پاسخ های مندرج در پرسشنامه و پیشنهاد بطور کامل و صحیح اظهار گردیده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از هیچ مطلب لازمی خود داری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد

تاریخ

نام و امضا پیشنهاد دهنده

این قسمت توسط نماینده (کارگزار) تکمیل گردد :

اطلاعات مندرج در پیشنهاد بطور کامل مورد تأیید می باشد .

مهر و امضا نماینده (کارگزار)

کد نماینده (کارگزار)

تاریخ :