

فرم مشخصات عضو بازنشسته

نام :

نام خانوادگی :

تاریخ تولد:

محل صدور:

شماره شناسنامه :

شماره سریال :

کد ملی :

آخرین مدرک تحصیلی :

رشته تحصیلی دانشگاهی :

مشخصات حساب بانکی

شماره حساب :

نام بانک :

نام شعبه :

کد شعبه :

آدرس دقیق محل سکونت :

کد پستی :

شماره تلفن ثابت :

شماره تلفن همراه :

آیا تمایل به عضویت در بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری دارید؟ خیر بله

توضیحات :

تاریخ و امضا :