

مشخصات فردی



- * شماره عضویت : ۹۶۰۰۸۷
- * نام و نام خانوادگی : عبدالرضا شریفی پور
- * رشته ارزیابی : درمان
- * شماره پروانه بیمه مرکزی: ۳۰۱/۱۴۷۷
- * تاریخ صدور پروانه : ۱۳۹۵/۱۰/۱۵
- * تلفن ثابت : ۰۲۶-۳۶۵۲۲۶۲۱
- * تلفن همراه : ۰۹۳۶۰۱۷۲۲۴۲
- * پست الکترونیک : sharifi.ab62@gmail.com

سوابق تحصیلی و آموزشی

(۱) دیپلم

سوابق و مدارک حرفه ای

(۱) ۱۷ سال همکاری با شرکتهای بیمه