

## مشخصات فردی



\* شماره عضویت : ۹۵۰۰۶۳

\* نام و نام خانوادگی : فرناز قربانی اقدم

\* رشته ارزیابی : درمان

\* شماره پروانه بیمه مرکزی: ۱۹۶/۱۴۳۷

\* تاریخ صدور پروانه : ۱۳۹۳/۱۱/۱۸

\* تلفن ثابت : ۰۲۱۸۸۲۶۱۹۹۵

\* تلفن همراه : ۰۹۱۲۲۳۱۲۰۳۹

\* پست الکترونیک : Nekooraay@gmail.com

## سوابق تحصیلی و آموزشی

(۱) کارشناسی رشته اسناد و مدارک پزشکی

## سوابق و مدارک حرفه ای

(۱) مدیر عامل موسسه ارزیابی خسارت بیمه نکو رای فرهان