|  |
| --- |
| شماره عضویت: به نام خدا  : تاریخ :  « فرم درخواست عضویت انجمن ارزیابان حرفه ای خسارت صنعت بیمه »  مشخصات فردی :  **عکس**  **ضمیمه**  **شود**  نام : نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه :  محل تولد: تاریخ تولد: / / کدملی: وضعیت تاهل: مجرد🗆 متاهل🗆  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  مشخصات ارزیابی:  رشته پروانه ارزیابی: شماره پروانه: تاریخ صدور پروانه:  نوع فعالیت: حقیقی 🗆 حقوقی 🗆 نام موسسه ارزیابی خسارت ....................................................................  استان وشهر محل فعالیت ::  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  شماره تلفن همراه : شماره تلفن ضروری:  آدرس محل **سکونت**: .......................................................................................................................................  تلفن : کد پستی :  آدرس محل **کار**: .......................................................................................................................................  تلفن : کد پستی :    نام ونام خانوادگی  امضا متقاضی : |