|  |
| --- |
|  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 : |