



پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای دامپزشکان

- تهران ، خیابان آیت اله طالقانی ، حد فاصل خیابان ولیعصر و خیابان حافظ ، ساختمان شماره ۴۰۴
- تلفن : ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲
- فاکس : ۶۶۹۷۷۲۰۶
- کد اقتصادی : ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

متمنی است با توجه به اطلاعات و مشخصات مورد درخواست در این پیشنهاد و پرسشنامه که از طرف اینجانب بدرستی و منطبق با واقعیت پاسخ داده شده است ، بیمه نامه مسئولیت حرفه ای دامپزشکان ، صادر فرمائید.

- نام و نام خانوادگی بیمه گزار :
- شماره ملی :

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- نوع تخصص :
- شماره نظام دامپزشکی :
- نشانی بیمه گزار :
- الف. مطب : تلفن :
- ب. بیمارستان : تلفن :
- ج. منزل : تلفن :
- نشانی الکترونیکی بیمه گزار :
- در صورتیکه در مطب شما و تحت مسئولیت شما کمک های پزشکی مانند تزریقات، جراحی های کوچک و کمک های اولیه صورت می گیرد ، لطفاً شرح دهید :
- در صورت امکان خلاصه ای از مدارج تحصیلی و سوابق حرفه ای خود را شرح دهید :
- میزان غرامت مورد درخواست : ریال

توجه : این پیشنهاد به تنهایی هیچگونه اعتباری ندارد.

مهر و امضاء بیمه گزار

تاریخ