

احتراماً باتوجه به موافقت نامه ۵۰۰۰/۱۹۵۹۹ و در جهت اجرای بخشنامه شماره ۶۴۴ فنی بدینوسیله

آقای/خانم دکتر به شماره نظام پزشکی و شماره
بیمه شده دارای مدرک تحصیلی (مقطع) از اعضای این سازمان
بهمراه مدارک زیر بحضور معرفی می گردند.

۱- تصویر پروانه مطب

۲- تصویر پروانه دائم یا موقت

۳- فتوکپی شناسنامه بیمه شده عضو

۴- فتوکپی کارت ملی

قابل ذکر است نامبرده صرفاً بعنوان گروه پزشکی، عضو این سازمان میباشند و هیچگونه رابطه استخدامی با این سازمان ندارند. خواهشمند است در صورت بلامانع بودن ارسال لیست بیمه طبق توافقنامه، اطلاعات و سوابق بیمه ایی نامبرده به این سازمان ارسال گردد.

مهر و امضاء سازمان نظام پزشکی

اطلاعات متقاضی

۱- آیا قبلاً دارای سابقه بیمه تامین اجتماعی بوده اید؟ بلی خیر

۲- در صورت داشتن بیمه تامین اجتماعی شماره بیمه خود را ذکر نمایید.

تذکر: در صورت داشتن سن بالاتر از ۵۰ سال فرم شماره ۲ را تکمیل نمایید.

۳- شروع پوشش بیمه: از سال اول مهر اول دی اول فروردین اول تیر

۴- چگونه حق بیمه خود را پرداخت می نمائید؟

الف- استفاده از تسهیلات بانکی

ب- نقدی یکساله

ج- چک: سه ماهه شش ماهه

تذکر: مبلغ حق بیمه سه ماه اول نقدا دریافت می گردد.

مهر و امضا متقاضی

اینجانب: به شماره بیمه: متقاضی استفاده از مزایای قانونی تامین اجتماعی در اجرای بخشنامه شماره ۶۴۴ فنی سازمان تامین اجتماعی تقاضای تحت پوشش قرار گرفتن ماده ۳ قانون تامین اجتماعی با کد کارگاهی شماره ۹۹۳ در مقطع: تخصصی دکترا کارشناسی میباشم. لذا با علم و اطلاع کامل از مفاد توافقنامه شماره ۵۰۰۰/۱۹۵۹۹ مورخ ۸۵/۳/۱ فیما بین سازمان تامین اجتماعی و سازمان نظام پزشکی و ضمن اقرار به عدم وجود هر گونه رابطه کارفرمایی با سازمان نظام پزشکی به عنوان عضو سازمان متعهد میشوم مبلغ حق بیمه خود را راس موعده مقرر پرداخت نمایم و در صورتی که در هر زمان هریک از اقساط حق بیمه اینجانب تحت هر شرایطی به تعویق افتاد و در وجه سازمان نظام پزشکی پرداخت نشود سازمان نظام پزشکی حق دارد اینجانب را از لیست بیمه شدگان حذف و مراتب را به سازمان تامین اجتماعی اعلام نماید و حق هرگونه اعتراضی را از خود ساقط می نمایم. (توجه: بیمه شدگان این طرح از شمول قانون بیمه بیکاری بند (ز) ماده ۳ خارج میباشند)

توجه: به فرمهای ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد و مسئولیت عدم اقدام آن به عهده متقاضی خواهد بود.

شماره شناسنامه:	کد ملی:	نام پدر:
تاریخ تولد:	محل تولد:	محل صدور شناسنامه:
شماره نظام پزشکی:	تلفن همراه:	نام کاربری سایت نظام پزشکی شهرستان:
آدرس منزل:	تلفن:	
آدرس مطب اول:	تلفن:	
آدرس مطب دوم:	تلفن:	
آدرس محل کار:	تلفن:	

ضمن اینجانب ضمن مطالعه و اطلاع کامل از قوانین، ضوابط و دستورالعمل های سازمان نظام پزشکی، تعهد می نمایم که:

- * هرگونه جابجایی محل فعالیت، پایان کار، شروع مجدد بکار خود را کتباً در اولین فرصت به نظام پزشکی محل اطلاع دهم.
- * قبل از هرگونه انجام اطلاع رسانی و تبلیغات، نصب تابلو، چاپ کارت ویزیت و ... از کمیسیون نظارت بر تبلیغات مجوز دریافت نمایم
- * در مطب دوم یا محل کار دوم (مراکز دولتی یا غیردولتی) در یک یا دو شهر بدون مجوز فعالیت نمایم.
- * حق عضویت سالانه خود را حداکثر تا پایان آذر ماه هر سال به سازمان نظام پزشکی محل کار خود بپردازم.
- * در صورت عدم توجه به قوانین و ضوابط صنفی و موارد مذکور، سازمان مجاز است ضمن هرگونه برخورد قانونی، از همکاری در تمدید پروانه یا ارائه خدمات به اینجانب خودداری نماید و حق هرگونه اعتراض و شکایت در مراجع ذیصلاح را از خود سلب مینمایم

مهر و امضا پزشک

تاریخ تکمیل:

تسویه حساب با سازمان تطبیق اطلاعات در آمار تطبیق اطلاعات در اتوماسیون اسکن مدارک موجود میباشد