

TÜRK SAĞLIK SENDİKASI
MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI
BAŞVURU FORMU

SİGORTA ETTİREN

ÜYE

ADI SOYADI :
TC KİMLİK NO :
SENDİKA ÜYE NO :
TELEFON :
E-POSTA :
MESLEK :
ÇALIŞTIĞINIZ BİRİM :
ÇALIŞTIĞINIZ KURUM :
KURUM ADRESİ :

KREDİ KARTI BİLGİLERİ

POLİÇE PRİMİ : 400 TL
BANKA ADI :
KART SAHİBİ AD SOYAD :
KART NO :
SON KULLANIM :
CVV :
ÖDEME ŞEKLİ : TAKSİTLİ () PEŞİN ()
İMZA :

***BAŞVURU FORMUNU EKŞİKSİZ VE OKUNAKLI DOLDURUNUZ.**