



صندوق بیمه سرمایه گذاری فعالیت های معدنی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

اطلاعات متقاضیان ( اشخاص حقوقی )

نام شرکت:	نوع شرکت:	
شماره ثبت:	محل ثبت:	
آدرس شرکت مندرج در روزنامه رسمی		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	فاکس:
آدرس استقرار دفتر مرکزی شرکت		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	فاکس:
آدرس شعبات شرکت		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	فاکس:
نام معدن:	شماره پروانه:	تاریخ پروانه:
آدرس معدن		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	فاکس:
اسامی مدیران 1-	2-	3-
آدرس منزل مدیر 1:		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	تلفن های همراه:
آدرس منزل مدیر 2:		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	تلفن های همراه:
آدرس منزل مدیر 3:		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	تلفن های همراه:
نام نماینده یا وکیل شرکت		
آدرس منزل نماینده/وکیل		
کد پستی:	تلفن های ثابت:	تلفن های همراه:



شماره: .....  
تاریخ: .....  
پیوست: .....

سایر تلفن های ثابت که در صورت ضرورت بتوان پیغام گذاشت

1-	نام گیرنده پیغام	تلفن:
2-	نام گیرنده پیغام	تلفن:
3-	نام گیرنده پیغام	تلفن:

سایر تلفن های همراهی که در صورت ضرورت بتوان پیغام گذاشت

1-	نام گیرنده پیغام	تلفن:
2-	نام گیرنده پیغام	تلفن:
3-	نام گیرنده پیغام	تلفن:

نشانی پست الکترونیک (ایمیل)

تغییرات و توضیحات

امضاء

نام کنترل کننده در صندوق

امضاء

نام متقاضی تکمیل کننده فرم