

نمونه فرم درخواست

شماره :

آرم موسسه / شرکت متقاضی

تاریخ:

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

مدیر کل محترم پذیرش مؤسسات و دفاتر بیمه‌ای

با سلام؛

احتراماً به پیوست فرم ارزیابی به انضمام تعداد برگ مدارک مربوط به:

الف- مدیریت و کادر غیر آموزشی

ب - سوابق آموزشی ۲ سال اخیر

ج- فضا، امکانات و تجهیزات اداری و آموزشی

د- نمونه مجوز یا پروانه فعالیت آموزشی از مراکز ذیصلاح

این مؤسسه/شرکت آموزشی به نام با شناسه ملی:

..... شماره ثبت و تاریخ ثبت برای بررسی صلاحیت

برگزاری آموزش حضوری/مجازی بیمه در سطح کشور/ استان ارسال می‌گردد.

خواهشمند است نسبت به بررسی و تأیید صلاحیت این مؤسسه/شرکت برای برگزاری آموزش‌های بیمه‌ای و

ابلاغ نتیجه، دستور اقدام مقتضی صادر فرمایید.

مدیرعامل / نماینده قانونی تام‌الاختیار

امضاء

لطفاً در صورت نیاز به راهنمایی بیشتر، از ساعت ۰۸ تا ۱۵ روزهای شنبه تا چهارشنبه با شماره تلفن‌های

۰۲۱۲۴۵۵۱۰۰۰ داخلی ۳۹۰ و یا شماره ۰۲۱۲۴۵۵۱۳۹۰ واحد پذیرش مؤسسات آموزشی متقاضی تأییدیه صلاحیت

برگزاری دوره آموزشی بیمه تماس حاصل نمایید.