

فرم ثبت درخواست پذیرش روش خود تنظیم‌گری

نام شرکت:		آدرس دامنه :	
نام برند :		(آدرس دامنه‌ای را وارد نمایید که قرار است اینماد اخذ نماید.)	
شناسه ملی:		تاریخ تاسیس شرکت:	
کد پستی:		تاریخ شروع کسب و کار:	
کد اقتصادی:		نوع شرکت:	
شماره حساب حقوقی:		بانک عامل:	تعداد نفرات تحت پوشش بیمه:
آدرس:			
سرشماره پیامکی:			
(شماره یا شماره هایی که با آن از طرف شرکت به کاربران خود پیامک می دهید)			
آیا کسب و کار شما درگاه پرداخت فعال دارد یا خیر؟ (با ذکر دلیل)			
۵-۶ نفر اعضای هیئت مدیره			
ردیف	سمت	نام و نام خانوادگی	کد ملی
۱	رئیس هیئت مدیره		
۲	مدیر عامل		
۳	عضو هیات مدیره		
۴	عضو هیات مدیره		
۵			
		عضو در انجمن	شماره تماس
		بله/خیر	

پرینت فرم بالا با مهر و امضا + کپی آگهی تاسیس (در صورت تغییرات، آخرین تغییرات) + اصل نامه درخواست و فرم حساب بانکی (دارای مهر، امضا و سربرگ) + فرم چک لیست + فرم الزامات را به

آدرس: تهران، محله بیمه، بزرگراه امیر سرلشگر حسین لشگری، نبش خیابان شهید مسعود آزمون نیا (بیمه ۲)، پلاک ۳۱، ساختمان کارخانه نوآوری آزادی، سالن زاویه، طبقه همکف. (کدپستی: ۱۳۹۱۹۵۵۴۱۶)

نام و امضاء و مهر

ارسال فرمایید.