

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه تجهیزات الکترونیکی

-۱	<p>..... :</p> <p>.....:</p> <p>..... :</p> <p>..... (.....) :</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :</p>
-۲	<p>.....</p>
-۳	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">...../...../.....: : /...../.....:</p>
-۴	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">:</p> <p style="text-align: center;">:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
-۵	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....:</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....:</p>
-۶	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
-۷	<p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>
-۸	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>

