

فرم نیازسنجی مسکن

| مشخصات متقاضی | | |
|---------------|-----------------|---------------------|
| شماره ملی: | شماره شناسنامه: | نام و نام خانوادگی: |
| سمت شغلی: | واحد سازمانی: | شماره عضویت نظام: |
| تلفن منزل: | تلفن محل کار: | تلفن همراه: |
| E-mail: | | آدرس پست الکترونیک: |
| آدرس | | |
| آدرس محل کار: | | |

| امکان ارائه خدمات توسط شرکت تعاونی | |
|---|-------------------------|
| متر از ۶۰ متر مربع تا ۱۲۰ متر مربع | متر از ۲۴ ماه تا ۳۶ ماه |
| هر متر مربع از ۵۰۰ هزار تومان تا ۶۵۰ هزار تومان | مدت ساخت |
| قیمت تمام شده | |

| نیاز متقاضی | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> آپارتمان کامل (یک واحد) | <input type="checkbox"/> آپارتمان مشاع (متعلق به ۲ نفر تا ۴ نفر) | | نوع درخواست |
| <input type="checkbox"/> ۶۰ متر مربع و بالاتر | <input type="checkbox"/> ۴۰ متر مربع | <input type="checkbox"/> ۲۰ متر مربع | متر از مشاع |
| <input type="checkbox"/> ۱۰۰ متر مربع و بالاتر | <input type="checkbox"/> ۸۰ متر مربع | <input type="checkbox"/> ۶۰ متر مربع | آپارتمان کامل |
| توانایی متقاضی | | | |
| سایر: | <input type="checkbox"/> ۶۰٪ قیمت کل | <input type="checkbox"/> ۵۰٪ قیمت کل | <input type="checkbox"/> ۴۰٪ قیمت کل |
| سایر: | <input type="checkbox"/> ۲۰٪ قیمت کل | <input type="checkbox"/> ۱۵٪ قیمت کل | <input type="checkbox"/> ۱۰٪ قیمت کل |
| سایر: | <input type="checkbox"/> ۷۰۰ هزار تومان | <input type="checkbox"/> ۵۰۰ هزار تومان | <input type="checkbox"/> ۳۰۰ هزار تومان |
| <input type="checkbox"/> ۳۶ ماه | <input type="checkbox"/> ۳۰ ماه | <input type="checkbox"/> ۲۴ ماه | طول مدت ساخت |

بسمه تعالی

شرکت تعاونی مسکن نظام دامپزشکی استان اصفهان

اینجانب با تعهد به صحت تقاضای ارائه شده در این فرم که در تاریخ تکمیل نمودم، درخواست

عضویت در شرکت تعاونی مسکن نظام دامپزشکی استان اصفهان را دارم.

امضاء: