

معاونت درمان — واحد اسناد پزشکی

احتراماً، اینجانب بازنشسته کارمند دارنده دفترچه درمانی شماره تاریخ اسناد از لغایت تعداد برگه مبلغ پرداختی بیمار به مرکز غیره قرارداد مراجعه و هزینه های درمانی را شخصاً پرداخت نموده ام .

خواهشمند است نسبت به بررسی و پرداخت هزینه طبق صورتحساب و مدارک پیوست به تعداد برگ ضمیمه و بر اساس مقررات قانونی اقدام نمائید .

		آدرس منزل (با ذکر منطقه شهرداری محل سکونت)
تلفن منزل	تلفن همراه	تلفن محل کار

شماره حساب بانک شهر :

تایید اولیه	ثبت دبیرخانه	نام و نام خانوادگی :
		امضاء

معاونت درمان — واحد اسناد پزشکی

احتراماً، اینجانب بازنشسته کارمند دارنده دفترچه درمانی شماره تاریخ اسناد از لغایت تعداد برگه مبلغ پرداختی بیمار به مرکز غیره قرارداد مراجعه و هزینه های درمانی را شخصاً پرداخت نموده ام .

خواهشمند است نسبت به بررسی و پرداخت هزینه طبق صورتحساب و مدارک پیوست به تعداد برگ ضمیمه و بر اساس مقررات قانونی اقدام نمائید .

		آدرس منزل (با ذکر منطقه شهرداری محل سکونت)
تلفن منزل	تلفن همراه	تلفن محل کار

شماره حساب بانک شهر :

تایید اولیه	ثبت دبیرخانه	نام و نام خانوادگی :
		امضاء