

موافقتنامه برای تشکیل پرونده

اینجانب (مشخصات پرداخت کننده):

نام: نام خانوادگی: شماره کارت ملی:

مشخصات بیمار:

نام: نام خانوادگی: شماره کارت ملی:

مبلغ یک میلیون (۱۰۰۰۰۰۰) ریال را بابت تشکیل پرونده پزشکی بیمار نامبرده در بالا در شرکت پارس مدیکس به این شرکت پرداخت کرده و قبول میکنم که:

- این مبلغ قسمت و یا جزئی از مبلغ تقاضانامه و یا حق مراجعه به شرکت پارس مدیکس نیست
- این مبلغ قسمت و یا جزئی از مبلغ هزینه ترجمه پرونده پزشکی نیست
- این مبلغ تحت هیچ عنوان قابل برگشت و یا انتقال نیست
- مهلت برای تکمیل پرونده توسط بیمار و یا متقاضی یک ماه است و چنانچه بعد از یک ماه هنوز پرونده ناقص باشد فیش تشکیل پرونده میبایست مجدداً پرداخت شود. تاریخ شروع از تاریخ امضای این فرم حساب میشود.

اثر انگشت سبابه دست راست:

امضاء

تاریخ

لطفاً در این جا چیزی ننویسید