

فرم تقاضانامه

درمان پزشکی ویژه بیماران فارسی زبان

محل الصاق عکس بیمار

محل الصاق عکس همراه

 از طرف

 تاریخ دریافت شماره پرونده

مشخصات شخصی متقاضی - بیمار

عنوان آقای خانم دوشیزه

<input type="text"/>	محل تولد	<input type="text"/>	نام
<input type="text"/>	ملیت	<input type="text"/>	نام خانوادگی
<input type="text"/>	شماره گذرنامه	<input type="text"/>	تاریخ تولد

مشخصات تماس با متقاضی - بیمار

<input type="text"/>	ایمیل	<input type="text"/>	کشور
<input type="text"/>	تلفن منزل	<input type="text"/>	شهر
<input type="text"/>	تلفن محل کار	<input type="text"/>	خیابان
<input type="text"/>	فاکس	<input type="text"/>	شماره بلوک
<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	پلاک منزل
<input type="text"/>	تلفن دیگر	<input type="text"/>	کد پستی

تماس در مواقع اورژانسی: لطفا مشخصات تماس یکی از اقوام و یا دوستان خود را برای مواقع اورژانسی در زیر وارد کنید

<input type="text"/>	نسبت با شما	<input type="text"/>	نام
<input type="text"/>	تلفن	<input type="text"/>	نام خانوادگی

درمان و مقصد

لطفا نوع درمان مورد نظرو کشوری را که مایلید به آن سفر کنید را اعلام بفرماید

<input type="text"/>	کشور	<input type="text"/>	درمان
----------------------	------	----------------------	-------

اگر مطمئن نیستید به کدام کشور سفر کنید و خواهان پیشنهادات ما هستید لطفا در قسمت کشور بنویسید OPEN

 توضیحات بیشتر

تاریخچه پزشکی بیمار

<input type="text"/>	تاریخ تشخیص بیماری	<input type="text"/>	تشخیص فعلی بیماری
<input type="text"/>	اگر بلی، لطفا توضیح دهید	<input type="text"/>	آیا این اورژانسی است؟
<input type="text"/>	نام بیمارستان	<input type="text"/>	نام دکتر معالج
<input type="text"/>	تلفن بیمارستان	<input type="text"/>	تلفن دکتر معالج

در صورت نیاز آیا میتوانیم با دکتر و یا بیمارستان شما در مورد پرونده شما تماس بگیریم؟ بلی خیر

<input type="text"/>	لطفا مختصرا توضیح دهید	<input type="text"/>	مشکل اصلی شما
<input type="text"/>	داروهای مصرفی	<input type="text"/>	سابقه پزشکی
<input type="text"/>	استفاده از مواد مخدر؟	<input type="text"/>	مصرف مشروبات الکلی؟ چقدر؟
<input type="text"/>	اطلاعات بیشتر	<input type="text"/>	بیماریهای رایج در خانواده

اگر شما مایلید نتایج آزمایشات خون و گزارشهای مختلف پزشکی خود را برای ما بفرستید لطفا این مدارک را از طریق ایمیل برای ما ارسال کنید همچنان میتوانید این مدارک را به شماره ۰۰۴۴۳۳۳۳۴۴۴۴ فاکس کنید لطفا فراموش نفرمایید که شماره پرونده خود و یا اسمتان را روی تک تک مدارک ارسالی درج کنید برای کسب اطلاعات بیشتر با ما تماس بگیرید ۰۰۴۴۳۳۳۳۴۴۴۴

مشخصات همراه بیمار

<input type="text"/>	عنوان	<input type="radio"/> آقای <input type="radio"/> خانم <input type="radio"/> دوشیزه
<input type="text"/>	نام	<input type="text"/>
<input type="text"/>	نام خانوادگی	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تاریخ تولد	<input type="text"/>
<input type="text"/>	نسبت با شما	<input type="text"/>
<input type="text"/>	محل تولد	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ملیت	<input type="text"/>
<input type="text"/>	شماره گذرنامه	<input type="text"/>
<input type="text"/>	اطلاعات بیشتر	<input type="text"/>

مشخصات تماس با همراه بیمار

<input type="text"/>	کشور	<input type="text"/>
<input type="text"/>	شهر	<input type="text"/>
<input type="text"/>	خیابان	<input type="text"/>
<input type="text"/>	شماره بلوک	<input type="text"/>
<input type="text"/>	پلاک منزل	<input type="text"/>
<input type="text"/>	کد پستی	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ایمیل	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تلفن منزل	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تلفن محل کار	<input type="text"/>
<input type="text"/>	فاکس	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تلفن دیگر	<input type="text"/>

اطلاعات بیشتر

- آیا شما و یا همراہتان سوء سابقہ قانونی دارید؟ بلی خیر
- آیا تا بحال تقاضای ویزای شما رد شده است؟ بلی خیر
- آیا معلولیت جسمی دارید؟ بلی خیر
- آیا قبلاً به کشور مقصد سفر کرده اید؟ بلی خیر
- اگر بلی، لطفاً توضیح دهید
- اگر بلی، لطفاً توضیح دهید
- اگر بلی، لطفاً توضیح دهید
- اگر بلی، لطفاً توضیح دهید

سرویس ترجمه

مترجمین متخصص در امور پزشکی ما بهترین همراه و دوست شما در سفرتان خواهند بود این عزیزان نه تنها مترجم بلکه راهنمایی با ارزش برای شما خواهند بود
ده ساعت اول و یا پنج جلسہ اول ترجمہ رایگان است هزینه بعد از آن ساعتی ۳۵ پوند

- آیا شما به مترجم احتیاج دارید؟ بلی خیر
- اگر بلی، چند ساعت؟

محل اقامت

ما بهترین و امن ترین محل های اقامت را در نزدیکی کلینیک و بیمارستان شما در کشور مقصدتان تهیه میکنیم
در صورت انتخاب شما ما روزانه ۳ وعده خوراک مطبوع نیز برایتان تهیه میکنیم

- آیا شباهه محل اقامت از طرف ما نیاز دارید؟ بلی خیر
- اگر نه، کجا ساکن خواهید شد؟

اگر بلی، لطفاً از لیست زیر انتخاب کنید برای دیدن تصویر آنها لطفاً به وبسایت ما در صفحہ گالری مراجعه فرمایید

انتخاب	نوع	کلاس	تعداد اتاق	تعداد نفرات	صبحانه نهار شام	تلویزیون	قیمت در هفته به پوند
<input type="checkbox"/>	هتل	چهار ستاره	۱	(برای دو نفر)	صبحانه بلی، نهار شام خیر	بلی	2800
<input type="checkbox"/>	هتل	چهار ستاره	۱	(برای دو نفر)	بلی	بلی	3200
<input type="checkbox"/>	هتل	سه ستاره	۱	(برای دو نفر)	صبحانه بلی، نهار شام خیر	بلی	1400
<input type="checkbox"/>	هتل	سه ستاره	۱	(برای دو نفر)	بلی	بلی	1750
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	سوپر دولوکس	۲	(برای دوالی چهار نفر)	بلی	بلی	2700
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	سوپر دولوکس	۲	(برای دوالی چهار نفر)	خیر	خیر	2000
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	سوپر دولوکس	۱	(برای دو نفر)	بلی	بلی	1500
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	سوپر دولوکس	۱	(برای دو نفر)	خیر	خیر	1150
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	دولوکس	۲	(برای دوالی چهار نفر)	بلی	بلی	1700
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	دولوکس	۲	(برای دوالی چهار نفر)	خیر	خیر	1200
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	دولوکس	۱	(برای دو نفر)	بلی	بلی	1000
<input type="checkbox"/>	آپارتمان مبله	دولوکس	۱	(برای دو نفر)	خیر	خیر	700

خدمات دیگر

لطفا هر کدام از خدمات زیر را که احتیاج دارید انتخاب کنید

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------------|
| سرویس آژانس از فرودگاه به منزل . | <input type="radio"/> | بلی | <input type="radio"/> | خیر | قیمت معمول این سرویس صد پوند |
| سرویس تورهای مسافرتی بین شهری برای کسب قیمت لطفا با ما تماس بگیرید | <input type="radio"/> | بلی | <input type="radio"/> | خیر | |
| سرویس چکاپ کامل پزشکی برای کسب قیمت لطفا با ما تماس بگیرید | <input type="radio"/> | بلی | <input type="radio"/> | خیر | |

مدارک لازم

لطفا قبل از فرستادن فرم مطمئن شوید تمام سوالات را پاسخ داده اید و مدارک لازم زیر را برای ما فرستاده اید
کپی گذرنامه متقاضی و همراه یک قطعه عکس از بیمار و یک قطعه عکس از همراه
کپی ترجمه شده مدارک و آخرین آزمایشات پزشکی
کپی رسید پرداخت هزینه ها به شماره حساب شرکت

ورود به کشور مقصد

هنگام ورود به کشور مقصد یکی از نمایندگان شرکت در فرودگاه به استقبال متقاضی خواهد آمد و ضمن خوش آمدگویی جدول زمانبندی شده سفر درمانی متقاضی را به وی تسلیم میکند سپس متقاضی گذرنامه خود و همراهش را به صورت امانت به نماینده شرکت تحویل داده و در عوض آن رسید و کارت شناسایی شرکت را دریافت مینماید گذرنامه ها تا پایان سفر درمانی در نزد شرکت باقی میمانند
سپس متقاضی و همراه ایشان توسط آژانس از پیش رزرو شده به همراه نماینده شرکت به محل اقامت خود راهنمایی میشوند در پایان روز استقبال یک دستگاه موبایل با سیم کارت اختصاصی کشور مقصد به عنوان هدیه شرکت به هر کدام از میهمانان اعطاء میگردد

امضاء

بدینوسیله من و همراهم اعلام میداریم که محتویات درج شده در این فرم همگی صحیح بوده و ما هر گونه تغییر در وضعیت خود را که احتمالاً بر این تقاضانامه اثر کند را به اطلاع شرکت پی ام ایکس خواهیم رساند همچنین اعلام میداریم که هدف ما از این سفر فقط ادامه معالجه بوده و ما قصد اعلام پناهندگی مهاجرت، تحصیل و یا تجارت در کشور مقصد را نداریم
با امضای این فرم ما (متقاضی و همراه) به قوانین شرکت و اجرای آن متعهد میشویم

عکس بیمار و همراه به صفحه اول این فرم الصاق شود

محل امضاء

محل امضاء متقاضی
نام و نام خانوادگی
تاریخ امضاء

محل امضاء همراه
نام و نام خانوادگی
تاریخ امضاء