

باسمه تعالی

فرم ارسال مدارک پزشکی



کد پرسنلی:

تلفن همراه:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

شماره قرارداد: ۹۷/۳۰۲۰/۳۳۲/۴



ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تعهد بیمه ای	تاریخ صورتحساب	مبلغ صورتحساب	مبلغ محاسبه	شماره حواله
۱.							
۲.							
۳.							
۴.							
۵.							
۶.							
۷.							
۸.							
۹.							
۱۰.							

مهر و امضا بازبین

مهر و امضا محاسبه