



شبکه بهداشت و درمان
دماوند



شبکه بهداشت و درمان
دماوند

معرفی نامه استفاده از خدمات دندان پزشکی

(ویژه استفاده پرسنل شبکه بهداشت دماوند از مراکز خدمات جامع سلامت تابعه)

مشخصات بیمار :

نسبت با کارمند:

نام و نام خانوادگی:

تلفن همراه:

کدملی:

مشخصات کارمند:

محل خدمت:

نام و نام خانوادگی:

دندانپزشک معالج :

نوع خدمت دریافتی :

مبلغ کل پرداخت شده :

متعهد میگردم افراد معرفی شده افراد درجه ۱ (پدر، مادر، همسر و فرزندان) من هستند

و مسئولیت هرگونه خلاف آن برعهده اینجانب می باشد .

مهر و امضا مسئول درآمد

مهر مرکز

امضا کارمند