|  |
| --- |
| لیست هزینه های خسارت درمانی دانشکده فنی انقلاب اسلامی تهران  نام و نام خانوادگی: کد ملی بیمه شونده: تاریخ :  شماره حساب بیمه شونده : تلفن همراه: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| توضیحات | مبلغ تایید شده | مبلغ خسارت(ریال) | شرح درمان | تاریخ هزینه | عنوان تکلف | نسبت | نام بیمار | کد ملی بیمار | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |

نام و نام خانوادگی تحویل دهنده : نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده:

امضاء امضاء

|  |
| --- |
| لیست هزینه های خسارت درمانی دانشکده فنی انقلاب اسلامی تهران  نام و نام خانوادگی: کد ملی بیمه شونده: تاریخ :  شماره حساب بیمه شونده : تلفن همراه: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| توضیحات | مبلغ تایید شده | مبلغ خسارت(ریال) | شرح درمان | تاریخ هزینه | عنوان تکلف | نسبت | نام بیمار | کد ملی بیمار | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |

نام و نام خانوادگی تحویل دهنده : نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده:

امضاء امضاء