

نام پزشک یا مؤسسه طرف قرارداد:

تاریخ تکمیل فرم:

ردیف	شماره نظام (جهت پزشکان و دندانپزشکان) یا کد پذیرش جهت موسسات پاراکلینیک
1	نام و نام خانوادگی پزشک یا مؤسس
2	نام بانک
3	نام شعبه
4	کد شعبه
5	نوع حساب (جاری / جاری همراه / پس انداز و ...)
6	نام صاحب حساب
7	شماره حساب

مهر و امضاء:

ریاست محترم دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان فارس

سلام علیکم

احتراما شماره حساب با شماره شبای IR.....

مربوط به مورد تایید می باشد .

بانک عامل

مهر و امضاء