

کد: F / AS-pa/ 06

ویرایش: اول

صفحه: ۱ از ۱

تاریخ:

شماره:

مدیریت درمان تامین اجتماعی استان فارس

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی



سازمان تامین اجتماعی

موضوع: فرم درخواست عقد قرارداد با موسسات پاراکلینیک

ریاست محترم دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان فارس

جناب آقای دکتر کریم آقایی

با سلام

احتراما اینجانب آقای / خانم ..... موسس .....

و با مسئولیت فنی:

..... تصویربرداری پزشکی: آقا / خانم

..... آزمایشگاه: آقا / خانم

..... فیزیوتراپی: آقا / خانم

واقع در: .....

تقاضای عقد قرارداد با آن سازمان را دارم. خواهشمند است دستورات لازم را مبذول فرمایید.

تعرفه اعمالی: دولتی  خیریه  خصوصی

با تشکر

مهر موسسه و امضاء موسس

واحد محترم پاراکلینیک

با درخواست مشارالیه در کمیته عقد قرارداد مورخ ..... موافقت گردید، صورتجلسه متعاقبا ارسال می گردد.

با تشکر

مسئول واحد عقد قرارداد