

تعهد نامه

اینجانب (خانم / آقا) مدارک پزشکی (خانم / آقا)
..... به تعداد برگ مربوط به بیمارستان
..... در تاریخ/...../..... تحویل گرفته و متعهد
می شوم اصل چک دریافتی از بیمه خدمات درمانی (یا تصویر برابر اصل شده
توسط سازمان بیمه خدمات درمانی) را حداکثر پس از مدت یک ماه تحویل اداره
رفاه نمایم.

شماره داخلی : شماره همراه :

تاریخ :

امضاء: