

HASTANIN;

TARİH :/...../20.....

ADI SOYADI :

T.C. KİMLİK NO. :

ANNE ADI :

BABA ADI :

KURUMU :

PROTOKOL NO. :

TEŞHİS :

TEDAVİ :

DOKTOR ADI :

YUKARIDA BİLGİLERİ YAZILI BULUNAN HASTANIN, KURUMUNUZDAKİ TÜM MASRAFLARI FİRMAMIZ
TARAFINDAN KARŞILANACAKTIR.

İŞBU; TUTANAK 2 (iki) NÜSHA OLARAK TANZİM EDİLİP İMZA ALTINA ALINMIŞTIR.

FİRMA YETKİLİSİ;

ADI SOYADI :

YETKİ ALANI :

İMZASI :

TELEFON NO. :

GSM NO. :

