

فرم تحویل مدارک درمانی :

نام بیمه گذار : دانشگاه شهید مدنی آذربایجان نام بیمه شده اصلی :

کد بیمه شده اصلی :

ردیف	نام و نام خانوادگی صاحب نسخه	تاریخ نسخه	نام هزینه	مبلغ هزینه (ریال)	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
<b>جمع کل</b>				۰	

محل امضای بیمه شده اصلی