

یا من اسمہ دوا و ذکرہ شفاء

فرم درخواست کمک هزینه

(همسر، فرزند، خواهر، برادر، پدر، مادر، خود) بیمار آقا/

اینجانب آقا / خانم

به شماره شناسنامه (مشخصات بیمار) فرزند

خانم

درخواست کمک هزینه جهت تهیه دارو را دارم .

وکدملی

آدرس منزل :

تلفن ثابت منزل:

شماره موبایل بیمار :

شماره موبایل همراه بیمار(این فرم را تکمیل نموده است) :

شماره تلفن جهت دسترسی:

در خاتمه ضمن اعلام پذیرش کامل تصمیم اتخاذ شده توسط مجموعه کارشناسی آن معاونت

جهت تعیین مبلغ مساعدت به استحضار میرساند اصالت و صحت قانونی مدارک تقدیمی

وموارد اظهار شده را تایید می نمایم

نام نام خانوادگی بیمار / همراه بیمار