



باسمه تعالی

از:

به: امور بیمه گری بهداشت و درمان صنعت نفت شیراز

بدینوسیله صورتحساب مربوط به ماه سال برابر شرح زیر ارسال می گردد.

شماره حساب: بانک: شعبه: شهر: تلفن:

ردیف	شرح خدمات	مبلغ شاغلین	تعداد	مبلغ بازنشستگان	تعداد
۱					
۲					
۳					
جمع:					
مبلغ کل درخواستی در ماه برابر ریال می باشد.					

صورتحساب می بایست ماهیانه و حداکثر ۱۰ روز بعد از پایان هر ماه به واحد اسناد پزشکی تحویل گردد.

مهر و امضاء

نام شخص / مرکز درمانی

شماره تلفن:

کد اقتصادی:

آدرس:

کد ملی:

کد پستی: