



بسمه تعالی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

باسلام احتراماً به پیوست تعداد.....نسخه خدمات ارائه شده در ماه
.....سال.....وبامشخصات ذیل ارائه می گردد.

نام درمانگاه:

کد درمانگاه:

آدرس:

تلفن درمانگاه:

تلفن تحویل دهنده نسخ:

عنوان	تعداد	مبلغ
ویزیت عادی		
ویزیت خاص		
خدمات جنبی عادی		
خدمات جنبی خاص		
جمع کل		

مهر و امضاء مدیر درمانگاه



فرم شماره یک : ویزیت عادی / خاص

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره نظام پزشکی	مبلغ ویزیت	تعداد نسخ	مبلغ درخواستی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					
۲۵					
					جمع کل



سازمان تامین اجتماعی

فرم شماره دو: خدمات جنبی عادی/خاص

ردیف	نام و نام خانوادگی پزشک	نظام پزشکی	کد خدمت	مبلغ واحد	عنوان خدمت	تعداد خدمت	مبلغ درخواستی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							
۱۷							
۱۸							
۱۹							
۲۰							
۲۱							
۲۲							
۲۳							
۲۴							
جمع کل							