

به نام خدا

تاریخ: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱
شماره: ۰۴/۵۴۵۸/۲۴۰۰
پیوست: قرارداد

بیمه سامان
Saman Insurance

نماینده افروز عرب

سرکار خانم فرشته نصیر زاده
مدیر محترم امور اداری و پشتیبانی دانشگاه گیلان

با سلام و احترام

به استحضار می رساند، بیمه شدگان گرامی با بیماری خاص جهت دریافت دارو از داروخانه های آنلاین طرف قرارداد، لازم است با ارسال:

۱- تصویر دستور پزشک،

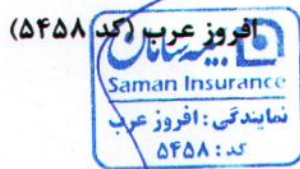
۲- مشخصات و مدرک تایید بیماری

به شماره واتساپ ۰۹۰۵۸۰۱۷۳۰۰ کد رهگیری دریافت و به داروخانه ارایه نمایند.

برای دریافت هزینه داروهای خریداری شده از سایر داروخانه ها، لازم علاوه بر موارد فوق، فاکتور هزینه کرد نیز ضمیمه مدارک شده و تحویل دفتر بیمه دانشگاه شود.

خواهشمند است دستور فرمایید موضوع را به نحو مقتضی اطلاع رسانی فرمایند.

با سپاس فراوان



رونوشت: ریاست محترم شعبه استان گیلان، جهت استحضار

نشانی:

رشت- بلوار آذر اندامی- جنب

دبستان کوثر- نمایندگی عرب

کد پستی: ۴۱۶۷۶۳۸۶۱۸

تلفن/فکس: ۰۱۳۳۳۷۶۴۰۲۶

تلفن همراه: ۰۹۲۰۱۰۲۳۱۲۳

پست الکترونیک:

info@samanfamilyinsurance.com

