

به نام خدا

تاریخ: ۱۴۰۱/۰۱/۲۲
شماره: ۱۴۰۱/۵۴۵۸/۰۴/۴۴۴
پیوست: ندارد


سیمه سامان
Saman Insurance

نماینده افروز عرب

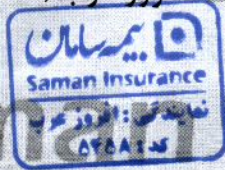
سرکار خانم فرشته نصیرزاده
مدیر محترم امور اداری و پشتیبانی دانشگاه گیلان

با سلام

احتراما در مورد اسناد و مدارک لازم جهت دریافت خسارت های درمان مجددا
به اطلاع می رساند مشخصات بیمار شامل نام، نام خانوادگی و نام و مهر پزشک
معالج در اسناد بایست مرقوم گردد در مورد پرینت شماره چشم توسط اپتیومتر
نیز مشخصات بیمار در پرینت مربوطه باید درج شود، همچنین در پرینت
داروخانه نام و نام خانوادگی بیمار و نام پزشک حتما قید شود...

با سپاس فراوان

افروز عرب (کد ۵۴۵۸)



رونوشت: ریاست محترم شعبه استان گیلان، جهت استحضار

نماینده افروز عرب
۵۴۵۸

نشانی:

رشت - بلوار آذر اندامی - جنب

دبستان کوثر - نمایندگی عرب

کد پستی: ۴۱۶۷۶۳۸۶۱۸

تلفن / فکس: ۰۱۳۳۳۷۶۴۰۲۶

تلفن همراه: ۰۹۲۰۱۰۲۳۱۲۳

پست الکترونیک:

Info@samanfamilyinsurance.com

