



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

فرم

تقاضانامه پزشک (مطب)

کد مدرک

09 FM 56 01

محل عکس

تاریخ :

اینجناب آقا/ خانم دکتر فرزند به شماره شناسنامه صادره از متولد سال
به شماره ملی پزشک عمومی/ متخصص/ فوق تخصص در رشته فارغ التحصیل سال
دانشگاه به شماره نظام پزشکی و دارای پروانه مطب شهر/ منطقه به شماره
مورخ و تاریخ اعتبار تا به منظور ارائه خدمات تشخیصی درمانی به بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی و
خدمات جنبی در مطب شامل تقاضای عقد/
تجدید / فسخ قرارداد همکاری با آن اداره کل به نمایندگی از سازمان بیمه خدمات درمانی دارم.

دیگر سازمانهای بیمه گر طرف قرارداد : تأمین اجتماعی نیروهای مسلح کمیته امداد سایر

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی: منطقه شهرداری:

زمان فعالیت مطب : صبح از تا عصر از تا روزهای تعطیل از تا

سایر فعالیتهای اداری یا تشخیصی درمانی متقاضی :

۱- روزهای از ساعت تا ساعت در محل

۲- روزهای از ساعت تا ساعت در محل

۳- روزهای از ساعت تا ساعت در محل

شماره حساب بانکی نزد شعبه کد بانک


تلفن مطب: پست الکترونیکی مطب : نمابر مطب: تلفن تماس ضروری :

.....

نشانی مطب : استان شهرستان شهر

.....

کروکی مطب :

کد مدرک 09 FM 56 01	فرم	 سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان
	تقاضانامه پزشک (مطب)	

نمونه خط نسخه نویسی :

.....
.....
.....
.....

مهر و امضاء پزشک

واحد اجرایی رسیدگی کننده به صورتحسابهای مراکز/ اداره امور مالی اداره کل استان
احتراماً، بدین وسیله به استحضار می رساند : با استناد به قراردادنامه شماره مورخ میان اداره کل استان و خانم/ آقای
..... با مشخصات مندرج در تقاضانامه، نامبرده از تاریخ لغایت.....، به منظور ارائه خدمات تشخیصی درمانی به بیمه
شدگان سازمان در قالب مطب/مؤسسه کد با سقف نسخ نامحدود/ تعدادی به میزان نسخه/ مالی به میزان
..... ریال در هرماه، طرف قرارداد سازمان بوده، مجاز به ارائه خدمات جنبی ذیل می باشد :

- | | | |
|----|-----|-----|
| ۱- | ۶- | ۱۱- |
| ۲- | ۷- | ۱۲- |
| ۳- | ۸- | ۱۳- |
| ۴- | ۹- | ۱۴- |
| ۵- | ۱۰- | ۱۵- |

لذا مستعدی است دستورفرمایید نسبت به پذیرش اسناد/پرداخت صورتحساب مربوطه اقدامات لازم طبق ضوابط معمول گردد.

امضاء رئیس اداره نظارت و ارزشیابی