

شماره: ۱۹۱۱۴/۱۴
تاریخ: ۱۳۸۸/۱۱/۱۴
پوسته: ...

بسمه تعالی



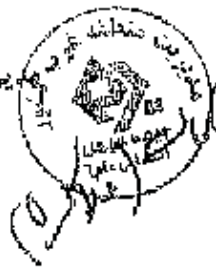
به: کلیه سازمان‌های محترم بیمه‌گذار طرفه قرارداد
موضوع: اخطار ترمیم کسر بهای بار بست انجام عمل لیزیک

سلام عليكم

احتراما نظر به انعقاد قرارداد تکمیل درمان با کلیه سازمان‌های محترم بیمه‌گذار، خواهشمند است دستور فرمائید ترتیبی را اتخاذ فرمایند تا از تاریخ این ابلاغیه، کلیه همکاران محترم آن سازمان به منظور تریافت هزینه‌های عمل لیزیک، قبل انجام به این مرکز مراجعه و نسبت به انجام معاینات لازم و اخذ نائیدیه پزشک معتمد اقدام لازم را معصوب نازند؛ در غیر این صورت هزینه‌های ارائه شده بدون انجام تشریفات فوق از تعهدات این شرکت خارج می‌باشد.
پیشتر از حسن تنایات و همکاری حضرتعالی کمال تشکر و امتنان

را دارم این رود به دفتر دانشگاه علوم پزشکی
شماره: ...
تاریخ: ...
موضوع: ...

با احترام
ارسلان بیسات
معاونت مدیریت امور بیمه‌گذاران
شماره: ...
تاریخ: ...



معاونت مدیریت امور بیمه‌گذاران
شماره: ...
تاریخ: ...