

<div>دانشگاه علوم پزشکی اصفهان</div> <div>مرکز آموزشی درمانی کودکان امام حسین (ع)</div> <div></div>المستشفى	
رقم العقد:	تاريخ آخر اخطار:	تاريخ المراجعة:
تاريخ المراجعة الثانية:	رقم المراجعة:	عدد الصفحات: ١
عنوان العقد: استمارة عقد المستشفى مع المريض الدولي		

يتم هذا العقد مع تقديم خدمات تشخيصية وعلاجية وتأهيلية مع العيادات الخارجية بين المريض بالمواصفات التالية والمستشفى:

الاسم: تاريخ الولادة: الجنسية: اعزب/متزوج:
البلد: رقم الجواز: رقم الاتصال: تاريخ الاستقبال:

موضوع العقد:

تقديم الخدمات التشخيصية / العلاجية / التأهيلية للمرضى غير الإيرانيين على شكل حزمة مرفقة.

اسم الطبيب المعالج:
التشخيص الطبي:

التكلفة التقريبية لحزمة العلاج مع إجراءات تشخيص المرض و المكوث في المستشفى: من (\$)
عنوان الجناح: رقم الغرفة: رقم السرير:
أنا: لقد قرأت هذا العقد ولدى معلومات كاملة حول التكلفة الإجمالية لإجراء العلاج في مستشفى
وأعلن موافقتي عليه.

أيضاً ، إذا كانت هناك حاجة إلى تنفيذ العناصر خارج حزمة الخدمة المذكورة ، فسأدفع أجورها بشكل منفصل .

توقيع المريض

توقيع المرافق

توقيع خبير

توقيع وحدة المحاسبة

العلاج السياحية

ملحوظة:

****** في حالة إلغاء المريض لأي سبب من الأسباب ، قد يستغرق استرداد المبلغ ما يصل إلى ٧٢ ساعة وسيتم رد المبلغ إلى رقم البطاقة الصالحة لحساب المريض أو الممثل القانوني للمريض.